

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR CATHERINE ARSENEAULT

POINTS DE VUE DE JEUNES SUR LEUR PASSAGE DANS UNE UNITÉ  
SPÉCIALISÉE EN TOXICOMANIE EN CENTRE JEUNESSE

AVRIL 2009

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## *Sommaire*

Même s'il s'inscrit dans le déroulement normal de l'adolescence, le phénomène de la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes est préoccupant. Pour pallier à cette problématique, deux unités en centre jeunesse ont été créées selon un modèle de communauté thérapeutique au cours des années quatre-vingt-dix : Le Dôme et La Croisée. En 2003, les responsables de ces unités ont approché une équipe de chercheurs (Brunelle, Plourde, Gendron, Cordeau & Piché, 2006) pour qu'elle mène une étude évaluant l'influence du traitement sur la situation biopsychosociale des jeunes à travers un devis de recherche quantitatif longitudinal. À la lecture du rapport de cette étude, il est apparu pertinent d'obtenir le point de vue des jeunes pour en arriver à une meilleure compréhension de leur trajectoire personnelle et de services. Le projet de mémoire présenté a pour but d'obtenir, via une méthode qualitative, le point de vue des jeunes en ce qui a trait aux différents aspects de leur passage dans une telle unité et aux événements de vie survenus depuis leur sortie. Pour y arriver, une méthodologie qualitative a été appliquée (Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer & Pires, 1997). Plus précisément, des entretiens semi-structurés (Deslauriers, 1991) d'une durée moyenne d'une heure ont été menés auprès de neuf jeunes hommes. Ces jeunes, dont l'âge moyen est de 18,67 ans, ont séjourné au Dôme ou à La Croisée et ont participé au projet de recherche de Brunelle et al. (2006). La collecte de données s'est déroulée durant l'année 2007. L'analyse des entrevues a été réalisée selon la méthode d'analyse de contenu thématique (Deslauriers, 1991). Selon ce que les jeunes rapportent,

aucun d'entre eux n'était volontaire au traitement et la plupart ressentent des sentiments négatifs face à leur placement en thérapie. Les jeunes mentionnent également que les buts qu'ils s'étaient fixés en regard de la consommation étaient plutôt de l'ordre de la réduction des méfaits que de l'abstinence. Les règlements et l'autorité sont deux éléments les moins appréciés par les répondants alors que l'écoute et le support des intervenants furent très appréciés. Nous constatons également que les jeunes considèrent avoir fait un certain nombre d'apprentissages qu'ils ont su mettre en application une fois sortis de la thérapie. De vivre en groupe avec d'autres jeunes ayant une problématique semblable a également contribué à faire cheminer les jeunes. L'implication et la motivation de ces derniers ont quant à elles fluctué de différentes façons dans le temps et ce, pour plusieurs raisons. Bien que les jeunes consomment toujours à la sortie de thérapie, nous observons une diminution de la gravité de leur consommation. D'autre part, la perception du soutien familial évolue dans le temps, devenant davantage nuancée pour plusieurs jeunes, plutôt que négative ou positive. Finalement, les jeunes partagent leur point de vue sur les éléments qui contribueraient à ce qu'une thérapie soit « idéale » dans ce contexte. Les retombées pratiques de ce mémoire visent à fournir aux intervenants des indicateurs sur les meilleures conditions structurelles (Turcotte & Lindsay, 2001) à mettre en place du point de vue des jeunes afin d'améliorer le succès du traitement et de cibler les facteurs d'aide thérapeutique les plus aidants (Yalom, 1995).

## *Table des matières*

Sommaire .....	ii
Liste des tableaux .....	vii
Remerciements .....	viii
INTRODUCTION .....	1
CONTEXTE THÉORIQUE.....	4
1.1 Problématique.....	5
1.1.1 La consommation chez les jeunes.....	5
1.1.1.1 Alcool .....	5
1.1.1.2 Cannabis.....	9
1.1.1.3 Hallucinogènes.....	11
1.1.1.4 Amphétamines.....	14
1.1.1.5 Autres drogues.....	15
1.1.2 Consommation chez les jeunes judiciairisés.....	16
1.1.3 Autres problématiques associées à la consommation de drogues.....	20
1.1.3.1 Décrochage.....	20
1.1.3.2 Santé mentale .....	21
1.1.3.3 Violence et victimisation .....	24
1.1.4 Les traitements .....	26
1.1.4.1 Le modèle Minnesota .....	28
1.1.4.2 L'approche cognitive-comportementale .....	29
1.1.4.3 La thérapie familiale multidimensionnelle .....	31
1.1.4.4 L'approche motivationnelle .....	32
1.1.4.5 La communauté thérapeutique .....	34
1.1.4.6 L'efficacité de ces traitements.....	36
1.1.5 Le processus de changement.....	40
1.1.5.1 Composantes du traitement.....	40
1.1.5.1.1 L'implication de la famille.....	40
1.1.5.1.2 Les facteurs d'aide thérapeutique en groupe.....	43
1.1.5.2 L'alliance thérapeutique .....	46
1.1.5.3 Les caractéristiques de l'adolescent .....	47
1.2 Cadre d'analyse .....	48
1.3 Objectifs de recherche.....	53
MÉTHODE.....	56
2.1 Les participants.....	57
2.1.1 Lieux de recrutement.....	57
2.1.1.1 L'unité Le Dôme .....	58

2.1.1.2 L'unité La Croisée .....	62
2.1.2 Échantillonnage.....	63
2.1.3 Caractéristiques des participants.....	66
2.2 Les outils .....	69
2.3 Considérations éthiques .....	71
2.4 Traitement des données.....	72
2.5 Analyse des données.....	72
RÉSULTATS.. .....	74
3.1 La consommation.....	76
3.1.1 La consommation avant, pendant et après la thérapie.....	76
3.1.2 Type de consommateur.....	80
3.1.3 Conséquences liées à leur consommation .....	82
3.2 Le placement .....	83
3.2.1 Les raisons ayant mené à un placement .....	83
3.2.2 Volontaires ou non-volontaires ? .....	84
3.2.3 Les sentiments et réactions face au placement .....	85
3.2.4 Connaissance préalable du Dôme ou de La Croisée .....	87
3.3 La thérapie .....	88
3.3.1 Buts et objectif fixés par les jeunes.....	88
3.3.2 Les règlements, les statuts, l'autorité .....	90
3.3.3 Éléments les moins appréciés et aidants de la thérapie .....	93
3.3.4 Éléments les plus appréciés et aidants de la thérapie .....	96
3.3.5 Apprentissages réalisés au cours de la thérapie .....	97
3.3.6 Impacts et répercussions de la thérapie .....	99
3.3.6.1 Impacts et répercussions positives de la thérapie.....	99
3.3.6.2 Répercussions et Impacts négatifs de la thérapie .....	102
3.3.7 Processus de groupe .....	104
3.4 Motivation, implication.....	106
3.4.1 Ce qui a amené le jeune à s'impliquer.....	106
3.4.2 Comment a évolué leur niveau de motivation .....	108
3.4.3 Jouer une « game ».....	109
3.5 Les intervenants.....	111
3.5.1 Sentiment positifs vis-à-vis des intervenants.....	111
3.5.2 Sentiments négatifs vis-à-vis des intervenants .....	114
3.6 Le suivi.....	115

3.7 Les relations familiales, le soutien des parents .....	117
3.7.1 Ce que représente un soutien parental positif .....	118
3.7.2 Ce que représente un soutien parental négatif .....	119
3.7.3 Ce que représente un soutien parental plus nuancé.....	120
3.7.4 Comment a évolué la qualité du soutien parental perçu au cours de la thérapie .....	121
3.8 Autres ressources d'aide fréquentées par les jeunes .....	122
3.9 Et si son propre enfant avait un problème de consommation.....	123
3.10 Thérapie idéale.....	125
DISCUSSION. ....	127
4.1 La consommation des jeunes rencontrés.....	128
4.2 La famille dans le traitement .....	131
4.3 Les facteurs d'aide thérapeutiques.....	135
4.4 La satisfaction face au traitement .....	137
4.5 Discussion méthodologique .....	140
4.6 Est-ce que la mise en place et le maintien d'unités telles que Le Dôme et La Croisée est toujours envisageable ? .....	142
CONCLUSION .....	146
RÉFÉRENCES.....	151
ANNEXE 1 : Philosophie du Dôme .....	163
ANNEXE 2 : Tâches et privilèges liés aux différents statutsCHEF .....	166
ANNEXE 3: Programmation de l'unité selon les journées de la semaine.....	168
ANNEXE 4 : Formulaire de consentement nous autorisant à joindre les participants à l'intérieur d'une période de 5 ans.....	173
ANNEXE 5 : Formulaire de consentement.....	175
ANNEXE 6 : Liste des ressources d'aide disponibles dans la région de Québec....	178
ANNEXE 7 : Guide d'entretien .....	180
ANNEXE 8 : Fiche signalétique .....	187
ANNEXE 9 : Réponse du Centre jeunesse concernant les considérations éthiques	189
ANNEXE 10 : Certificat éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois- Rivières .....	191
ANNEXE 11 : Grille de codification .....	194

## *Liste des tableaux*

Tableau 1	
Indice de consommation problématique de drogues chez les élèves du secondaire, Québec, 2006 .....	13
Tableau 2	
Comparaison de la consommation au cours des 12 derniers mois chez les jeunes placés en LJC et LPJ et ceux de la population générale .....	18
Tableau 3	
Facteurs d'aide thérapeutique .....	45
Tableau 4	
Réponses obtenues lors du recrutement .....	65
Tableau 5	
Milieu de vie et occupations des jeunes depuis leur sortie de thérapie .....	67
Tableau 6	
Placements et ressources d'aide fréquentées avant et après la thérapie .....	68
Tableau 7	
Portrait de la consommation des jeunes avant et après leur entrée en thérapie .....	77
Tableau 8	
Perception du soutien familial et de la qualité de la relation .....	122
Tableau 9	
Éléments à inclure ou à exclure pour une thérapie idéale en centre jeunesse .....	126



### *Remerciements*

Je tiens tout d'abord à remercier mes directrices, Natacha Brunelle et Chantal Plourde. Très tôt dans mon cheminement, elles ont su me faire confiance en m'impliquant dans différents projet de recherche à titre d'assistante. Par la suite, elles n'ont cessé de m'offrir des opportunités inestimables qui m'ont grandement fait cheminer et ont suscité chez moi un intérêt marqué pour la recherche. Leurs qualités professionnelles et personnelles font d'elles des modèles pour moi.

Je remercie le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH), le Centre international de criminologie comparée–UQTR (CICC-UQTR), la Chaire de recherche du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées et le Comité de programme de cycles supérieurs (CPCS) en psychoéducation pour l'octroi de bourses de recherche ayant contribué à l'avancement de ce mémoire.

Je tiens également à remercier ma complice de cette grande aventure que représente la maîtrise, Karine Gingras. La centaine de kilomètres qui sépare Québec de Trois-Rivières a fait en sorte qu'une belle amitié se développe et nous a permis de partager nos joies, et parfois nos peines. Cette distance a aussi donné lieu à de nombreux fous rires et à de beaux moments de complicité.

Merci aux membres de ma famille et à mes amis pour leur support, leurs nombreux encouragements et leur immense compréhension à mon égard. Chacun à sa façon, ils ont démontré de l'intérêt face à l'avancement de mes travaux. Par différentes marques d'affection à mon égard, ils ont tous su favoriser ma motivation tout au long de ce projet.

Finalement, je souhaite remercier Mathieu Béland. Par sa compréhension, ses nombreux encouragements et ses commentaires constructifs, il a suscité en moi le goût du dépassement et a ainsi contribué grandement à la réalisation de ce mémoire.

## *Introduction*

Les enquêtes épidémiologiques québécoises (ISQ, 2007), canadiennes (Santé Canada, 2007) et américaines (SAMHSA, 2008) indiquent que la prévalence des problèmes d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents a augmenté dans les années 1990 et s'est stabilisée dans les années 2000. L'enquête de l'Institut de la statistique du Québec réalisée en 2006 auprès d'un échantillon de 4 571 élèves du secondaire révèle que 13,5% des jeunes québécois ont une consommation d'alcool et/ou de drogues problématique ou à risque de le devenir (Dubé & Fournier, 2007).

Afin de venir en aide à ces jeunes qui éprouvent des difficultés avec leur usage de substances psychoactives (SPA), des traitements de la toxicomanie doivent être disponibles, mais surtout efficaces. Bien que l'on reconnaisse de plus en plus la particularité des besoins spécifiques des jeunes toxicomanes, lesquels se distinguent des besoins de la clientèle adulte par le style de consommation, la fréquence, les produits, les conséquences, etc. (Bertrand & Ménard, 2005; CPLT, 2001; Flanzer, 2005), peu d'études se sont penchées sur les processus de changement propres aux adolescents (Libby & Riggs, 2005; McLellan & Meyers, 2004). Les études existantes, utilisant fréquemment les méthodes quantitatives, laissent souvent peu de place à la lecture personnelle des jeunes quant à leur propre trajectoire et à ce qui a pu influencer celle-ci.

Une étude québécoise se penchant sur deux unités en centre jeunesse basée sur un modèle de communauté thérapeutique, Le Dôme et La Croisée, a été menée en 2003 (Brunelle et al., 2006). Cette étude observait l'influence du traitement sur la situation biopsychosociale des jeunes à travers un devis de recherche quantitatif. À la lecture

du rapport de cette étude, il est apparu pertinent d'obtenir le point de vue des jeunes pour en arriver à une meilleure compréhension de leur trajectoire personnelle et de services, et ce, dans un esprit phénoménologique, approche qui permet de s'attarder à la signification que l'acteur social accorde aux événements (Brunelle, 2001; Carra, 2005; Kokoreff, 2005).

Ce mémoire présente, au premier chapitre, le portrait de la consommation des jeunes québécois et les principales problématiques associées à cette consommation. Les différents traitements qui sont actuellement offerts aux jeunes, leur efficacité ainsi que le processus de changement seront également abordés. Le cadre d'analyse et les objectifs de ce mémoire sont eux aussi présentés dans cette première section. Au deuxième chapitre, la méthode utilisée sera exposée, plus particulièrement le mode de recrutement des participants, les outils utilisés, les considérations éthiques, le traitement et l'analyse des données. Le troisième chapitre est quant à lui consacré aux résultats émanant de ces analyses. Enfin, dans le quatrième chapitre, les résultats seront discutés et mis en relation avec les éléments recensés dans la littérature. Les retombées possibles de ce mémoire ainsi que ses forces et ses limites seront également présentées.

*Contexte théorique*

## 1.1 Problématique

### *1.1.1 La consommation chez les jeunes*

#### *1.1.1.1 Alcool*

Aux États-Unis, on estime qu'en 2007, 15,9% des jeunes âgés de 12 à 17 ans étaient des consommateurs d'alcool (SAMHSA, 2008). En 2004, on estimait que 68% des jeunes québécois avaient déjà consommé de l'alcool au moins une fois au cours de leur vie (Pica, 2005).

Au Québec, l'âge moyen auquel les jeunes déclarent avoir consommé de l'alcool pour la première fois, excluant les fois où ils n'y avaient que goûté, est de 12,6 ans. En comparant les sexes, on observe que les jeunes filles en consomment légèrement plus tardivement (12,7 ans) que les garçons (12,4 ans) (Dubé & Fournier, 2007). En faisant référence aux années passées, nous pouvons constater que les jeunes consomment un peu plus tardivement puisqu'en 2004, l'âge de la première consommation d'alcool se situait à 12,4 ans (Dubé & Fournier, 2007).

Une étude produite par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) (Dubé & Fournier, 2007) nous apprend qu'en 2006, 60% des élèves du secondaire avaient consommé de l'alcool à au moins une reprise au cours des 12 derniers mois. Selon cette même enquête, ce taux a connu une baisse depuis les dernières années puisqu'en 2004, on l'estimait à 63%. La consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours, toujours chez les élèves du secondaire, a aussi connu une baisse

significative au fil des dernières années. On estime en effet qu'en 2000, 2002 et 2004, la proportion des jeunes ayant consommé de l'alcool dans le dernier mois étaient respectivement de 45%, 41% et 38% (Pica, 2005). Cette proportion continue de diminuer puisqu'en 2006, elle s'élevait à 35% (Dubé & Fournier, 2007).

La proportion des jeunes ayant consommé de l'alcool dans les 30 derniers jours augmente par contre significativement lorsque l'on considère le niveau scolaire, passant de 11% en première secondaire à 23% en deuxième secondaire, à 38% en troisième secondaire, à 48% en quatrième secondaire et finalement à 63% en cinquième secondaire (Dubé & Fournier, 2007). Lorsque l'on compare ces données à celles obtenues pour l'année 2004, on assiste à une légère diminution du taux de prévalence pour les première, deuxième et troisième secondaires qui étaient alors respectivement de 15,8%, 30,3% et de 37,6%. Toutefois, une légère hausse de la proportion des jeunes ayant consommé de l'alcool dans les 30 derniers jours pour les élèves de quatrième et cinquième secondaires puisqu'en 2004, ces taux étaient de 53,1% et de 64,7% (Pica, 2005).

L'ISQ s'est aussi intéressée au type de consommateur que l'on retrouve parmi les élèves du secondaire qui ont consommé dans les 12 derniers mois. Les résultats révèlent que 46% des jeunes ont une faible consommation d'alcool. De façon plus détaillée, 8% sont des expérimentateurs (juste une fois pour essayer) et 38% des consommateurs occasionnels (une fois par mois ou moins). La proportion de jeunes consommant à une fréquence élevée s'élève quant à elle à 15%. Plus précisément, 15% des jeunes consomment de façon régulière (la fin de semaine ou plusieurs fois

durant la semaine, mais pas à tous les jours) et 0,2% de façon quotidienne (à tous les jours) (Dubé & Fournier, 2007).

Le questionnaire « Dépistage/Évaluation du besoin d'aide – alcool/drogues » (DEP-ado) (RISQ, Landry, Tremblay, Guyon, Bergeron & Brunelle, 2004) a été utilisé dans le cadre de l'étude menée par l'ISQ en 2007. Ce questionnaire permet de détecter les adolescents qui ont une consommation abusive d'alcool ou de drogues afin de les orienter vers des services appropriés à la sévérité de leur problème. Les résultats ont démontré que 77,8% des élèves du secondaire n'ont aucun problème d'alcool évident (feu vert), 11,4% ont un problème en émergence (feu jaune) et que 10,8% ont un problème évident et nécessitent une intervention spécialisée (feu rouge).

Il est possible d'identifier comment se répartissent ces différents types de buveurs selon les niveaux scolaires. Les abstinents sont plutôt en première et en deuxième secondaire, les buveurs occasionnels principalement en troisième secondaire et les buveurs réguliers ou quotidiens sont majoritairement en quatrième et en cinquième secondaires.

Dans un autre ordre d'idées, on observe une association entre la structure familiale dans laquelle le jeune vit et sa consommation d'alcool. En 2006, la proportion des jeunes ayant bu au cours des 12 derniers mois est moindre chez les jeunes vivant dans une structure familiale biparentale (en contact avec les deux parents quotidiennement ou en garde partagée) que chez les jeunes vivant dans une



structure monoparentale (un seul des deux parents biologiques, avec ou sans nouveau conjoint) (Dubé & Fournier, 2007). L'autoévaluation de sa performance scolaire influence aussi la consommation d'alcool du jeune. La proportion des jeunes ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année est plus élevée (75%) chez les élèves qui évaluent leur performance en français ou en anglais (selon la langue dans laquelle le questionnaire a été administré) comme étant inférieure à la moyenne que chez les jeunes qui s'évaluent, pour les mêmes matières, au-dessus de la moyenne (56%) (Dubé & Fournier, 2007).

Bien que la consommation d'alcool chez les jeunes québécois demeure préoccupante, on retrouve davantage de jeunes présentant une consommation à risque ou problématique chez les consommateurs d'autres drogues que l'alcool (Pica, 2005). En 2006, environ 30% des élèves du secondaire au Québec auraient consommé une drogue autre que l'alcool au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est significativement inférieure à celle rapportée pour l'année 2004 qui était alors de 36% (Dubé & Fournier, 2007). Tout comme le nombre de jeunes ayant consommé au cours des 12 derniers mois, on observe une diminution de l'âge d'initiation à la consommation de drogues lorsque l'on compare les données obtenues pour les années 2004 et 2006. En effet, en 2004, l'âge moyen auquel les jeunes ont consommé pour la première fois de la drogue était de 13,0 ans alors qu'en 2006, cet âge moyen était légèrement plus tardif, soit de 13,2 ans. Attardons-nous maintenant à un portrait des principales tendances de la consommation des jeunes selon les différentes substances autres que l'alcool.

### *1.1.1.2 Cannabis*

Aux États-Unis, une récente étude sur les habitudes de consommation de drogues montre que le pourcentage de consommateurs réguliers de cannabis chez les 12 à 17 ans a diminué, passant de 8,2% en 2002 à 6,7% en 2007. Cette diminution est remarquable tant chez les jeunes hommes (9,1% en 2002 p/r à 7,5% en 2007) que chez les jeunes femmes (7,2% en 2002 p/r à 5,8% en 2007). Pour la même période, une diminution significative a également été observée quant au pourcentage de jeunes ayant consommé du cannabis au cours de leur vie, passant de 20,6% à 16,2%, et au cours de la dernière année, passant de 15,8% à 12,5% (SAMSHA, 2008).

Au Canada, 39,3% des jeunes de 15 à 17 ans affirment avoir consommé du cannabis au cours de leur vie, dont 29,2% au cours des 12 derniers mois (Santé Canada, 2007). Au Québec, 29% des jeunes affirment avoir consommé du cannabis dans les 12 derniers mois (Dubé & Fournier, 2007). Ce taux est stable depuis les dernières années puisque selon les résultats de Patton et Adlaf (2005), il était aussi de 29% en 2004. Selon Dubé et Fournier (2007), la proportion de consommateurs de cannabis tend à diminuer depuis les dernières années, le taux de prévalence étant de 40,6% en 2000, de 39,1% en 2002, de 35,5% en 2004 et finalement de 29,4% en 2006. Malgré cette diminution d'année en année, le cannabis demeure la substance illicite préférée des élèves du secondaire, et ce, sans égards au sexe. Lorsque l'on s'intéresse à la proportion de consommateurs selon le niveau scolaire, on assiste, tout comme pour la consommation d'alcool, à une croissance relativement rapide. En effet, la proportion de consommateurs de cannabis passe de 7% en première

secondaire à 19% en deuxième secondaire, de 36% en troisième secondaire à 41% en quatrième secondaire et passe finalement à 50% en cinquième secondaire (Dubé & Fournier, 2007).

En 2006, 19% des élèves du secondaire ont consommé à une faible fréquence (7% consommation expérimentale et 12% consommation occasionnelle) et 11% de façon régulière (8% consommation régulière et 2,5% consommation quotidienne). Certaines particularités selon les sexes sont observables. Par exemple, les garçons consomment davantage de façon quotidienne que les filles (3,5% p/r 1,6%) (Dubé & Fournier, 2007). En se référant à la classification du DEP-ado (RISQ, 2004), nous pouvons constater que 55,8% des élèves québécois consommateurs de cannabis n'ont aucun problème de consommation évident (feu vert), 22,2% ont un problème en émergence (feu jaune) et que 22,0% ont un problème évident nécessitant une intervention spécialisée (feu rouge) (Fournier & Dubé, 2007).

Dubé et Fournier (2007) soulignent également que, depuis 2004, les proportions de consommateurs occasionnels, réguliers et quotidiens de cannabis ont diminué, passant respectivement de 14% à 12%, de 11% à 8% et de 4,0% à 2,5%. Dans la même veine, la proportion d'abstinents s'est vue augmenter, passant de 65% à 71%. Il n'y a que la proportion de consommateurs expérimentateurs qui est demeurée stable, aux environs de 7%, aux cours des dernières années.

Tout comme pour la consommation d'alcool, il est possible de dégager certains facteurs pouvant influencer la consommation de cannabis. Entre autres, il y aurait

une plus grande proportion de consommateurs de cannabis chez les élèves qui occupent un emploi que chez ceux qui n'en ont pas (34% p/r 24%). Le montant de l'allocation octroyée par les parents influence aussi la proportion de consommateurs de cannabis, la consommation étant plus fréquente chez les jeunes qui reçoivent des sommes plus généreuses (Dubé & Fournier, 2007). Toujours selon cette même enquête, les consommateurs de cannabis sont plus nombreux à vivre dans une famille monoparentale (41%) ou dans un « autre » type de structure (36%) que dans un milieu biparental (26%). Finalement, l'autoévaluation de la performance scolaire influence aussi la proportion de consommateurs de cannabis, ceux qui s'évaluent supérieurs à la moyenne consommant moins que ceux qui s'évaluent sous la moyenne (24% p/r 44%) (Dubé & Fournier, 2007).

#### *1.1.1.3 Hallucinogènes*

Aux États-Unis, les résultats d'une enquête montrent que la prévalence de la consommation d'hallucinogènes chez les 12 à 17 ans a diminué au cours des dernières années, passant de 1,0% en 2002 à 0,7% en 2007, reflétant également une diminution de l'usage d'ecstasy (0,5% p/r 0,3%) et de LSD (0,2% p/r 0,1%).

Au Canada, les hallucinogènes sont les substances que les jeunes rapportent le plus fréquemment avoir consommé au cours de leur vie (16,4%), après le cannabis (Santé Canada, 2007). Selon une étude réalisée par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) en 2005, 10,1% des jeunes de 15 à 24 ans

déclarent avoir consommé de l'ecstasy au cours de leur vie (Adlaf & Lalomiteanu, 2005).

Au Québec, 91% des élèves du secondaire affirment n'avoir jamais consommé d'hallucinogènes ou ne pas en avoir consommé au cours des 12 derniers mois précédant la tenue de l'enquête de l'ISQ (2007). En 2004, cette même proportion s'élevait à 89%. Dans les dernières années, on a assisté à une diminution de la proportion des jeunes consommant des hallucinogènes puisqu'en 2000, 15,6% des jeunes en consommaient, 12,5% en 2002, 11,2% en 2004 et 8,8% en 2006. Tout comme pour l'alcool et le cannabis, la proportion des jeunes consommant des hallucinogènes augmente selon les années scolaires. Une augmentation significative est observable entre la deuxième secondaire (4,1%) et la troisième secondaire (10%) ainsi qu'entre la troisième et la cinquième secondaire (17%). Lorsque l'on s'attarde aux produits hallucinogènes consommés au cours de l'année 2006, on observe que 1,3% des élèves du secondaire ont consommé du PCP, 2,0% ont consommé du LSD et 6% auraient consommé de l'ecstasy. Il n'y aurait pas de différences significatives entre les deux sexes en ce qui a trait à la consommation de PCP et de LSD. Par contre, la proportion de filles consommant de l'ecstasy serait plus élevée que celle observable chez les garçons (7% p/r 5%) (Dubé & Fournier, 2007).

En ce qui concerne le type d'usage que font les jeunes des substances hallucinogènes, les résultats de l'enquête québécoise (Dubé & Fournier, 2007) nous démontrent que 8% des élèves du secondaire en ont consommé à une faible fréquence (expérimentale ou occasionnelle) et 1,0% l'ont fait à une fréquence élevée

(régulière ou quotidienne). Selon les critères de la sévérité de la consommation de la DEP-ado (RISQ, 2004), on considère que 16,1% des élèves du secondaire, consommateurs d'hallucinogènes, n'affichent pas une consommation problématique, comme en témoigne le Tableau 1. Contrairement aux autres substances, la consommation d'hallucinogènes débute généralement en troisième secondaire et pour toutes les années subséquentes, la proportion de jeunes ayant une faible consommation est plus élevée que celle des élèves ayant une consommation élevée d'hallucinogènes. Plus précisément, lorsque l'on compare les années 2004 et 2006, la proportion des jeunes consommant des hallucinogènes occasionnellement a diminué passant de 5% à 3,9% ainsi que celle des consommateurs réguliers, passant de 1,5% à 0,9%.

Tableau 1

Indice de consommation problématique de drogues chez les élèves du secondaire,  
Québec, 2006

	<b>Feu vert</b>	<b>Feu jaune</b>	<b>Feu rouge</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Hallucinogènes	16.1	28.3	55.6
Amphétamines	21.0	27.0	52.0
Cocaïne	16.5*	18.4*	65.1
Solvants	28.5*	14.9*	56.6
Héroïne	-	-	81.3
Médicaments pris sans ordonnance	29.2*	20.5*	50.3

- Donnée infime

\*Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006.

Encore une fois, comme pour l'alcool et le cannabis, la proportion des jeunes qui consomment des substances hallucinogènes est plus élevée chez les jeunes qui ont un emploi que chez ceux qui n'en ont pas (11% p/r 7%), plus élevée chez les élèves qui ont une allocation hebdomadaire de 50\$ ou plus que ceux qui ont 30\$ ou moins (18% p/r 8% et 3,7%), plus élevée chez les adolescents vivant dans une famille monoparentale que biparentale (13% p/r 7%) et finalement plus élevée chez les élèves qui évaluent leur performance scolaire sous la moyenne que ceux qui l'évaluent au dessus (15,6% p/r 6%) (Dubé & Fournier, 2007).

#### *1.1.1.4 Amphétamines*

Aux États-Unis, 1,5% des jeunes âgés de 12 à 17 ans ont consommé des amphétamines au cours de leur vie et 0,9% au cours des 12 derniers mois (Flanzer, 2005). Au Canada, on estime que 8,3% des jeunes ont consommé des amphétamines au cours de leur vie (Santé Canada, 2007). Au Québec, cette même proportion s'élève à 9,4% (Dubé & Fournier, 2007). De 2000 à 2004, la proportion de consommateurs d'amphétamines a augmenté au Québec passant de 7,0% en 2000, à 7,6% en 2002 et à 10,3% en 2004. Au cours des dernières années, ce taux a légèrement diminué puisqu'on l'évaluait à 9,4% en 2006. De ce nombre, 3,4% ont consommé des amphétamines de façon expérimentale, 4,2% occasionnellement et 1,7% régulièrement et quotidiennement. Les filles se démarquent des garçons quant à la consommation d'amphétamines puisqu'elles sont plus nombreuses que les garçons à avoir consommé ces substances au cours de cette même année (11% p/r 8%), à l'avoir fait de façon expérimentale (4,3% p/r 2,6%) et de façon régulière et

quotidienne (2,3% p/r 1,1%). On constate, à l'aide du Tableau 1, que 21,0% des élèves québécois n'ont pas une consommation problématique d'amphétamines.

Comme pour les autres drogues, on observe une augmentation du taux de consommation d'amphétamines selon les niveaux d'étude. Ainsi, en 2006, 1,7% des élèves de première secondaire en ont consommé, 5,5% en deuxième secondaire, 9,4% en troisième secondaire, 15,3% en quatrième et 17,1% en cinquième secondaire (Dubé & Fournier, 2007).

On remarque que la proportion de consommateurs d'amphétamines est, elle aussi, plus élevée chez les jeunes ayant un emploi que chez ceux qui n'en ont pas (11% p/r 7%) et plus élevée chez les jeunes vivant dans une famille monoparentale ou « autre » que chez ceux qui vivent dans une structure familiale biparentale (18% et 14% p/r 8%) (Dubé & Fournier, 2007).

#### *1.1.1.5 Autres drogues*

Bien qu'elle demeure peu marquée, la consommation d'autres drogues telles que la cocaïne, l'héroïne, les inhalants/solvants et les médicaments non prescrits est tout de même présente dans le portrait que l'on trace de la consommation des jeunes. 9,8% des jeunes canadiens âgés de 15 à 19 ans ont déjà consommé de la cocaïne au cours de leur vie, 5,5% au cours de la dernière année et 3,5% au cours des trois derniers mois. Au Québec, on estime qu'en 2006, 3,3% des jeunes de l'échantillon de l'enquête québécoise menée par l'ISQ (2007) ont consommé de la cocaïne, 0,6%



de l'héroïne et 0,9% des inhalants/solvants. On assiste donc à une diminution de la consommation de ces substances puisqu'en 2004, ces proportions s'élevaient respectivement à 5%, 1,9% et 1,3%. On estime qu'en 2006, 1,9% des élèves du secondaire ont consommé d'autres drogues, incluant les médicaments non prescrits. Aucune différence significative n'est décelée entre la consommation des garçons et celles des filles concernant ces différentes substances (Dubé & Fournier, 2007).

### *1.1.2 Consommation chez les jeunes judiciairisés*

Tout comme la consommation de drogues, la commission d'actes délictueux semble faire partie intégrante du développement des adolescents, la majorité des adolescents commettant un jour ou l'autre des actes pouvant être qualifiés de délits, de nature, gravité et intensité variables (Brunelle et Cousineau, 2005 ; Cusson, 1989; Lecours, Brunelle & Leroux, 2003). Le taux de prévalence de la consommation de drogues chez les adolescents ayant des démêlés avec la justice s'avère beaucoup plus élevé que celui des adolescents qui fréquentent ordinairement une institution scolaire (Brunelle, Brochu, Cousineau, 2005 ; CPLT, 2003 ; Cousineau, Brochu et Schneeberger, 2000). Plus précisément, on estime que la prévalence de consommateurs et de toxicomanes s'élève à un niveau exceptionnel dans les centres jeunesse et les milieux de détention (Brochu, 2006). Certains éducateurs en centre jeunesse vont jusqu'à affirmer que 80% de leur clientèle aurait un problème de consommation (Brochu, 2006).

La consommation des jeunes en centre jeunesse se différencie en certains points de celle des adolescents dits de la population générale. Selon l'ISQ (2007), les jeunes de la population générale s'initient plus tardivement à la consommation de drogues, soit en moyenne à 13,2 ans, comparativement aux jeunes du Projet d'accès jeunesse en toxicomanie (PAJT) des centres jeunesse qui, selon l'étude de Tremblay, Blanchette-Martin et Garceau (2004), consommeraient des drogues pour la première fois entre l'âge de 10 et 12 ans. Toujours selon l'étude de Tremblay et al. (2004), 50% des jeunes du PAJT du centre jeunesse de Québec auraient débuté leur consommation d'alcool et de cannabis entre l'âge de 10 et 12 ans alors que 13% amorçaient alors une consommation de drogues dures. Certains de ces jeunes auraient commencé à consommer de l'alcool, du cannabis et des drogues dures avant l'âge de dix ans, soit respectivement 10%, 7,5% et 4,4%. Aussi, 10% de ces mêmes jeunes auraient commencé à consommer de l'alcool avant l'âge de 10 ans, 7,5% du cannabis et 4,4% des drogues dures. La consommation des jeunes en centre jeunesse se différencie aussi de celle des adolescents de la population générale lorsque l'on compare sa prévalence selon les différentes substances. Le tableau 2, à la page suivante, fait état des taux de prévalence de la consommation de différentes substances pour une période d'un an chez les jeunes en centre jeunesse en vertu de la loi sur la Protection de la jeunesse (LPJ), de la loi sur les Jeunes contrevenants (LJC, aujourd'hui loi sur le Système de justice pénale chez les adolescents, LSJPA) et finalement chez les adolescents de la population générale.

Tableau 2

Comparaison de la consommation au cours des 12 derniers mois chez les jeunes placés en LJC et LPJ et ceux de la population générale

	<b>LPJ</b>	<b>LJC</b>	<b>Population générale</b>
<b>Alcool</b>	95%	94%	63%
<b>Cannabis</b>	98,2%	97,9%	36,4%
<b>Hallucinogènes</b>	60,6%	64,1%	11,2%
<b>Cocaïne</b>	17,8%	34,6%	5%
<b>Speed</b>	13,6%	19,2%	10,3%
<b>Sédatif</b>	3,9%	4,7%	NA
<b>Colle</b>	5%	6,8%	1,9%
<b>Héroïne</b>	1,8%	2,1%	1,3%

(Sources : Tremblay, Blanchette-Martin & Garceau, 2004; Pica, 2005)

Une proportion de 98,1% des jeunes au Centre jeunesse de Québec confient avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année comparativement à 36,4% des jeunes de la population générale. Les jeunes du centre jeunesse sont aussi plus nombreux à avoir consommé des hallucinogènes, de la cocaïne, du speed et de la colle que les jeunes de la population générale. La proportion de consommateurs d'héroïne est aussi plus élevée chez les jeunes du Centre jeunesse de Québec que les jeunes en général mais cette fois, l'écart est moins marqué (2% p/r 1,3%) (Tremblay et al., 2005)

Par ailleurs, il est à noter que plusieurs toxicomanes en traitement avouent avoir déjà commis au moins un acte délinquant (Brochu, 1995). L'étude québécoise de

Lecours et al. (2003) révèle d'ailleurs que 60% des élèves du secondaire qui présentent un problème important (feu rouge) de consommation selon les critères de la DEP-ado (2003) auraient commis un geste délinquant au cours des douze derniers mois et ce, en état d'intoxication.

Plusieurs modèles ont été élaborés dans le but d'expliquer la relation « drogue-crime ». Pour certains jeunes, la consommation facilite le passage à l'acte délinquant, leur procurant le courage et la désinhibition nécessaire. Pour d'autres, c'est plutôt la délinquance qui est au service de la consommation. La délinquance lucrative (vols, vente de drogues et prostitution) permet aux jeunes de subvenir à leurs besoins de consommation. Pour d'autres jeunes, la consommation s'avère une façon sécuritaire ou volatile de dépenser l'argent obtenu illégalement, évitant ainsi d'éveiller les soupçons de leur entourage (Brunelle et al., 2005). Bien que le sens de la causalité varie selon le modèle, un fait demeure : on constate chez les jeunes délinquants une plus forte incidence de consommation de stupéfiants que chez ceux de la population générale (Brunelle, Brochu & Cousineau, 2000).

Il apparaît donc évident que la délinquance et l'usage de drogues sont étroitement liés, bien que la nature des liens et le poids des facteurs demeurent plus nébuleux que la croyance populaire ne porte à le croire (Brochu, 2006 ; Plourde et Brochu, 2003). Nous sommes toutefois en mesure de dégager certaines constances. Une augmentation de la consommation de drogues chez un toxicomane entraîne souvent une augmentation de sa délinquance et à l'inverse, la diminution de sa consommation provoque également la diminution de sa délinquance (Brochu, 1995). La diminution

de la consommation devient donc un point d'ancrage à privilégier lorsque l'on veut prévenir la récidive criminelle (Brochu & Schneeberger, 2001).

### *1.1.3 Autres problématiques associées à la consommation de drogues*

#### *1.1.3.1 Décrochage*

En plus de la délinquance, d'autres problématiques sont associées à la consommation de drogues chez les adolescents, dont le décrochage scolaire. Une étude menée par Beaucage (1998) compare la consommation de drogues et les problèmes associés des jeunes décrocheurs à celle des élèves dits réguliers. Leurs résultats démontrent que 75% des jeunes décrocheurs consomment de l'alcool, 50% du cannabis, 50% des hallucinogènes, 50% de la cocaïne et 20% des inhalants, alors que ces taux de prévalence sont respectivement 75%, 25%, 10% et 5% pour les jeunes élèves réguliers. Nous pouvons donc observer que mis à part la consommation d'alcool, qui est équivalente pour les deux groupes, les jeunes décrocheurs consomment davantage de drogues que les élèves réguliers. En plus de consommer plus que ceux-ci, 25% des décrocheurs vivent des problèmes personnels liés à leur consommation alors que 6,6% des élèves réguliers éprouvent ce type de conflits.

Lynskey et son équipe (2003) ont, quant à eux, mené une étude portant sur les effets de la consommation de cannabis sur la réalisation scolaire. Ils concluent qu'une consommation régulière de cannabis, à l'âge de 15 ans, est associée à un taux de décrochage scolaire plus hâtif. D'autres auteurs ont tenté d'expliquer de quelle

façon la consommation de cannabis pouvait influencer le parcours scolaire. Les principales conclusions auxquelles ils arrivèrent sont : qu'une consommation de cannabis importante est associée à un résultat moyen plus faible que les autres jeunes du même niveau (Resnick et al., 1997), à un degré de satisfaction face à l'école plus faible (Brook et al., 1998), à une attitude plus négative envers celle-ci (Jones & Heaven., 1998) et à une plus faible performance scolaire (Novins & Mitchell, 1998).

#### *1.1.3.2 Santé mentale*

Des problèmes de santé mentale sont aussi très souvent liés à une consommation de drogues. Par contre, le lien existant entre les deux problématiques peut prendre diverses formes : l'une peut influencer l'autre ou encore les deux peuvent se développer indépendamment (Vitaro & al., 2000).

Une enquête a été menée par L'ISQ (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault & Fiset-Laniel, 2008) afin d'évaluer la prévalence de la dépendance à l'alcool et aux autres drogues chez les Canadiens âgés de 15 ans ou plus, ayant présenté au moins un trouble de l'humeur ou d'anxiété au cours de la vie et des 12 derniers mois. Les résultats montrent que les personnes ayant souffert de l'un de ces troubles au cours de leur vie sont plus à risque de développer une dépendance à l'alcool que les personnes qui n'ont éprouvé aucun de ces problèmes de santé mentale (3,8% p/r 1,3%). Il a aussi été observé que les personnes ayant eu un trouble de l'humeur ont une consommation de cannabis significativement plus élevée que les personnes qui n'ont pas de problème et ce, lorsque l'on s'intéresse à la période à vie (17% p/r 12%)

et à celle des 12 derniers mois (26% p/r 12%). Pour les troubles d'anxiété, les personnes en ayant souffert au cours de leur vie consomment davantage de cannabis que les personnes ayant une bonne santé mentale (18% p/r 12%). Toutefois, aucune différence significative n'est observable entre la consommation de ces deux groupes lorsque l'on s'intéresse aux 12 mois précédant l'enquête. Lorsque l'on s'intéresse à la consommation des autres drogues, on constate également que les personnes qui ont souffert d'un trouble d'anxiété ou de l'humeur au cours de leur vie en consomment davantage que les personnes qui n'ont pas ce problème (6% p/r 2,4%). Il en va également ainsi lorsque l'on compare les mêmes groupes mais cette fois, pour la période de 12 mois précédant l'enquête (11% p/r 2,5%).

Laventure, Déry et Pauzé (2006) se sont quant à eux intéressés plus particulièrement à la gravité de la consommation des jeunes ayant un trouble de conduite, trouble caractérisé par des conduites persistantes d'agression, de destruction, de fraudes, de vols ou de violations des règles (Pratt et al., 2003). À partir d'un échantillon formé de 385 jeunes de 12 à 17 ans (181 présentant un trouble de la conduite et 204 ne présentant pas ce trouble), ils concluent que la présence d'un trouble de conduite est associée à une consommation plus grave. En effet, les jeunes présentant ce trouble sont significativement plus nombreux à avoir consommé de l'alcool, du cannabis et des drogues dures telles que les hallucinogènes, la cocaïne et l'héroïne que les jeunes n'éprouvant pas cette problématique de santé mentale. Les jeunes ayant un trouble de conduite se démarquent également de ceux qui n'éprouvent aucun problème. La fréquence de leur consommation est significativement plus élevée et ils consomment en moyenne deux psychotropes

comparativement à 1,1 psychotrope pour les jeunes non-atteints. Les jeunes ayant un trouble de conduite s'initieraient plus précocement à la consommation de cannabis que les autres jeunes. Finalement, les jeunes ayant ce trouble de santé mentale rapportent plus fréquemment avoir vécu des conséquences négatives liées à leur consommation telles que des pertes de conscience (*black out*), de mauvais voyages (*bad trip*) et de surdose (*over dose*).

Bertand, Ménard et Plourde (2004) ont, quant à eux, observé le lien entre la toxicomanie et les problèmes de santé mentale sous un autre angle. Plutôt que d'observer la prévalence de la consommation chez les gens aux prises avec des problèmes de santé mentale, ils ont observé la prévalence des problèmes de santé mentale chez les jeunes toxicomanes en traitement à Domrémy Mauricie-Centre du Québec. À leur entrée en thérapie, plusieurs jeunes vivaient de l'anxiété (53% des filles, 31% des garçons), ressentaient des symptômes dépressifs (74% des filles, 41% des garçons), avaient présenté un trouble alimentaire (40% des filles, 13% des garçons) et avaient déjà tenté de se suicider (48% des filles, 11% des garçons). Vitaro (2001) soutient également que les problèmes de santé mentale et la toxicomanie sont étroitement liés. Dans une étude réalisée chez un échantillon de jeunes québécois, les résultats démontrent que plus de 25% des jeunes ayant une consommation problématique souffrent d'un problème de comportement ou d'un trouble dépressif, alors que cette proportion diminue à moins de 10% chez les jeunes consommateurs occasionnels.



### *1.1.3.3 Violence et victimisation*

La consommation de SPA et le trafic sont souvent associés à la commission d'actes violents (Cousineau et al., 2000; Cousineau, Brochu & Sun, 2005). Une étude menée auprès de jeunes placés en centre jeunesse montre que les jeunes consommateurs de drogues ont commis des actes de violence plus graves, en termes de sévérité et de gravité, que les jeunes non-consommateurs (52% p/r 11%) (d'Orsonnens, 2000). Une étude menée auprès de 824 élèves de la région de Montréal abonde également en ce sens puisqu'on en arrive à la conclusion qu'il existe une corrélation assez forte entre l'importance de la consommation de drogues et la manifestation d'actes violents (Cousineau et al., 2005). C'est donc dire que plus la consommation de drogues, incluant l'alcool, s'intensifie, plus la proportion de jeunes ayant commis des actes de violence augmente. 33,6% des jeunes qui ont été abstinents de toute consommation au cours des 12 mois précédant l'enquête, 51,2% de ceux qui ont uniquement consommé de l'alcool, 58,8% de ceux qui ont consommé uniquement des drogues et 65,6% de ceux qui ont consommé de l'alcool et des drogues avouent avoir commis un geste violent.

À l'inverse, d'autres études ont démontré que les jeunes consommateurs de drogues étaient souvent impliqués, cette fois à titre de victimes, dans des actes de violence (Brochu, 2006 ; Cousineau et al., 2000). Selon Parent (2000), plus de 25% des consommateurs de drogues ont été victimes d'un crime contre la personne alors que cette même proportion diminue à moins de 10% lorsque l'on s'attarde à la

population en général. Différentes études, menées auprès de toxicomanes en centre de traitement, en arrivent à ces mêmes constats. McKeganey, Neale et Robertson (2005) constatèrent que, de leur échantillon de 1033 toxicomanes en traitement, 61,9% des femmes et 22,3% des hommes ont vécu un abus physique alors que 35,5% des femmes et 6,9% des hommes ont vécu un abus sexuel au cours de leur vie. Grella et Joshi (2003), dans une étude se penchant sur les adolescents en traitements de la toxicomanie, observèrent que 58,7% des adolescentes et 39,3% des adolescents rapportent avoir vécu un abus physique et/ou sexuel. Dans l'étude de Tremblay et al. (2004), aussi menée auprès de jeunes en traitement de la toxicomanie, plusieurs jeunes rapportent avoir vécu différentes formes de victimisation : 67,4% ont subi des abus verbaux, 38,9% des abus physiques, 22,9% du rejet, 16,9% des abus sexuels et 14,7% de la négligence.

Brochu (2006) propose différentes explications de ce lien entre la consommation et la victimisation, entre autres le fait qu'à cause de l'effet des produits, les interactions peuvent être altérées et que les querelles plus fréquentes peuvent mener à des altercations violentes. Parent (2000) ajoute que, toujours à cause de l'effet des substances, les consommateurs ont plus de difficultés à reconnaître les situations à risque et à y faire face de façon adéquate et sécuritaire. De plus, elle ajoute aussi que les consommateurs sont des victimes idéales puisqu'il y a fort à parier qu'ils auront de la difficulté à se défendre, à identifier leur agresseur, et ultimement, n'auront que très peu de crédibilité devant les autorités en cas de dénonciation.

#### *1.1.4 Les traitements*

Lorsque l'on parle de traitement, on réfère aux moyens mis en œuvre afin d'aider une personne à se libérer d'une dépendance ou d'un usage problématique de SPA (Nadeau et Biron, 1998). Ces auteurs citent Maistro Galizio & Connors (1995) qui affirment qu'environ 20% des personnes atteignent cet objectif sans traitement, phénomène que l'on nomme rémission naturelle. Le changement sans traitement à une consommation problématique qui est surmontée durant une durée significative, sans aide ou traitement professionnel, que ce soit un traitement traditionnel, une médication, des groupes d'entraide, une psychothérapie, etc. (Acier, Nadeau et Landry, 2007). Sobell et son équipe (2000) considèrent qu'une période de cinq ans sans rechute de consommation problématique est nécessaire pour pouvoir parler de rémission sans traitement. Klingemann (1992) identifie quatre facteurs pouvant favoriser une rémission naturelle ; la motivation du sujet à changer, la venue d'évènements critiques, un nouveau groupe de pairs ainsi qu'une augmentation ou un maintien de l'état général.

Mercier et Alarie (2000) utilisent quant à eux le terme « rétablissement » pour parler du processus par lequel une personne ayant un problème de consommation cherche à se distancer de son style de vie de toxicomane et à reconstruire sa vie et ce, en composant avec les conséquences de son passé. La notion de rétablissement se différencie, toujours selon Mercier et Alarie (2000) de celle de la réadaptation par la responsabilité qu'a l'individu dans ce processus. Selon eux, dans la réadaptation, l'action est enclenchée par un acteur externe. C'est ce dernier qui entraîne la

personne toxicomane dans le processus de changement et qui la rééduque. On reconnaît un rôle beaucoup plus déterminant à la personne ayant un problème de consommation lorsque l'on parle de rétablissement. La personne toxicomane devient l'acteur principal dans le processus et ses sentiments face à ses problèmes tout comme son expérience subjective sont pris en compte. Les auteurs rapportent une étude qu'ils ont menée auprès de toxicomanes qui, du point de vue de leurs intervenants, « allaient mieux » ou étaient « entrain de s'en sortir ». À partir des entretiens menés, ils ont pu dégager quatre étapes qui semblent avoir conduit au rétablissement des participants. La première étape est « la prise de conscience et la décision de s'en sortir ». Cette étape réfère à un point tournant dans la vie de la personne où cette dernière se remet en question et prend finalement la décision de changer son comportement de consommation. L'étape suivante est celle de « la réduction, le contrôle ou l'arrêt de la consommation ». Différents moyens peuvent être mis en place pour arriver à ces nouveaux comportements, dont demander de l'aide et suivre un traitement. La troisième étape est celle de « la stabilisation » des différentes sphères de vie affectées par la consommation (milieu de vie, finances, etc.). Le recours à différentes formes d'aide est également très présent à cette étape. La dernière étape, « le maintien à long terme », est celle où la personne aspire à un équilibre et à un bien-être. Encore une fois, le soutien d'intervenants est très aidant à cette étape. Mercier et Alarie (2000) en viennent à la conclusion que, dans tout processus de réadaptation, il est important de tenir compte du processus de rétablissement de la personne et d'adapter les objectifs en fonction de ses besoins et de ses compétences.

Pour plusieurs personnes aux prises avec un problème de consommation, des traitements peuvent donc leur permettre de résoudre leur problème de dépendance. Bien que l'on reconnaisse de plus en plus la particularité des besoins spécifiques des jeunes toxicomanes, qui se distinguent de ceux de la clientèle adulte par le style de consommation, la fréquence, les produits, les conséquences, etc. (Bertrand & Ménard, 2005; CPLT, 2001; Flanzer, 2005), peu d'études jusqu'à présent se penchent sur les processus de changement propres aux adolescents (Libby & Riggs, 2005; McLellan & Meyers, 2004).

Actuellement, les principaux modèles d'intervention proposés aux jeunes via les différents traitements sont le modèle Minnesota, l'approche familiale, l'approche cognitive-comportementale et le modèle de la communauté thérapeutique.

#### *1.1.4.1 Le modèle Minnesota*

Le modèle Minnesota, mieux connu sous le nom de programme en 12 étapes, est celui utilisé chez les Alcooliques-Anonymes et tous ses groupes dérivés (Narcotiques-Anonymes, Gambleur-Anonymes, etc.). Les jeunes sont parfois intégrés à l'intérieur de ces groupes et parfois même, des groupes composés uniquement de jeunes sont formés. La prémisse de base de ce modèle est de considérer la dépendance aux substances comme étant une maladie dont on ne peut se guérir. Le jeune dépendant peut apporter des changements à ses comportements, mais sera toujours « malade ». L'abstinence devient le seul moyen de s'en sortir (Wallace, 2003).

Le cheminement du jeune dépendant se fait, comme le nom l'indique, en douze étapes. Au cours des trois premières étapes, l'adolescent doit faire preuve d'honnêteté et s'avouer qu'il n'a aucun contrôle sur sa maladie. Il doit alors choisir un nouveau style de vie dans lequel il ne consommera plus d'alcool ni de drogues. Les étapes quatre à sept sont les étapes à travers lesquelles le jeune fait l'inventaire des conséquences négatives liées à ses comportements de consommation, ce qui accroît la prise de conscience du problème et la volonté de changer. Durant les étapes huit et neuf, étapes dites d'action, le jeune doit mettre son plan d'action à exécution. Les étapes dix à 12 sont quant à elles consacrées à intégrer cette nouvelle philosophie de vie et à maintenir le rétablissement atteint. Les douze étapes se réalisent à travers des thérapies de groupe, des rencontres individuelles, des lectures, des travaux écrits, des activités récréatives et à des rencontres de soutien. Il n'est pas rare que les intervenants soient d'ex-toxicomanes qui ont complété eux-mêmes le programme avec succès et qui servent maintenant de modèles à ceux qui suivent le traitement (Muck et al., 2001).

#### *1.1.4.2 L'approche cognitive-comportementale*

L'approche cognitive-comportementale se concentre sur les processus cognitifs et sur les croyances qu'entretiennent les adolescents face à la consommation. Selon cette approche, la consommation de substance est un comportement appris, initié et maintenu par des facteurs environnementaux (Cottraux, 2001). Donc, dans une perspective de réadaptation, le jeune doit désapprendre ces comportements pour en

apprendre de nouveaux, alternatifs à la consommation, et qui sont socialement acceptés (Muck et al., 2001). L'objectif devient donc de permettre au jeune de développer de nouvelles compétences qui lui permettront d'affronter les difficultés de la vie courante sans avoir recours à la consommation (Phan & Bastard-Dagher, 2006). Pour ce faire, les traitements mettent l'emphasis sur les facteurs qui ont provoqué et maintenu les épisodes de consommation. Cela peut se faire via des rencontres de groupe et/ou individuelles, en milieu interne ou externe.

L'une des interventions cognitives-comportementales consiste au développement de différentes habiletés telles que des habiletés sociales, de communication, de résolution de problème, de gestion de la colère, du stress et du temps ainsi que des stratégies pour arriver à refuser de consommer de l'alcool ou des drogues et résister à la pression des pairs. Dans un premier temps, le jeune est invité à mettre en pratique ces habiletés dans un jeu de rôles, dans le cadre de rencontres individuelles ou de groupe, et par la suite, il sera invité à transférer ses apprentissages dans les situations de la vie courante (Muck et al., 2001).

Une autre technique utilisée dans le cadre de cette approche est le contrat comportemental. Le jeune se responsabilise en s'engageant, par écrit, à adopter des comportements précis (déficit) dans une situation donnée. Il s'engage également à éviter certains comportements jugés inadéquats (excès). Des critères permettant de juger si l'objectif a été atteint ou non sont également consignés dans le contrat, tout comme la récompense que le jeune se méritera dans le cas où il l'atteint et les conséquences négatives qu'il aura à assumer dans le cas contraire. Le contrat est

alors signé par le jeune et son intervenant et doit être mis en œuvre dans une période de temps déterminée (Leblanc et al., 2002).

#### *1.1.4.3 La thérapie familiale multidimensionnelle*

L'implication de la famille dans le processus de traitement est reconnue comme contribuant de façon très positive à sa réussite (Bertrand et al, 2004; Kumpfer, 2001; Liddle & Dakof, 1995) et fera d'ailleurs l'objet d'une section subséquente de ce mémoire. La thérapie familiale multidimensionnelle (TFMD) reconnaît la grande influence que peut avoir le système familial du jeune sur le développement et le maintien des ses comportements de consommation (Muck et al., 2001).

Les TFMD peut prendre différentes formes (rencontre en cabinet, à la résidence de la famille, centre de jour, centre d'hébergement) et se tenir à différentes fréquences (une à quelques fois par semaine, pour une durée variant de quatre à six mois), dépendamment de la sévérité du problème de consommation du jeune et du fonctionnement de la famille (Liddle, Dakof, Turner, Henderson, C. & Greenbaum, 2008).

Peu importe la forme qu'elle prend, la TFMD concentre ses interventions sur quatre aspects de la situation du jeune et de sa famille. Le premier aspect concerne le jeune lui-même : on lui apprend à communiquer avec ses parents et les autres adultes qu'il côtoie, à gérer ses émotions et à résoudre des problèmes, à développer ses habiletés sociales et à identifier et mettre en pratique certaines alternatives à la



consommation. La deuxième partie de la thérapie concerne les parents plus particulièrement : on travaille à augmenter leur implication comportementale et émotionnelle et à clarifier leurs attentes vis-à-vis leur enfant, à perfectionner leurs compétences parentales et à travailler leur propre fonctionnement psychosocial en dehors de leur rôle de parent. Le troisième volet de la TFMD est l'interaction entre le jeune et ses parents : on tente de diminuer la fréquence des conflits et d'augmenter la saine communication, l'attachement et la résolution de problème efficace. Finalement, la TFMD se penche également sur les compétences de la famille à être en relation avec les systèmes extra-familiaux (école, loisir, justice, etc.) (Liddle et al., 2008).

#### *1.1.4.4 L'approche motivationnelle*

L'approche motivationnelle est une méthode qui a été élaborée au cours des années 1980 afin de venir en aide aux personnes toxicomanes. On sait que cette approche peut s'avérer utile pour soutenir les personnes qui vivent plusieurs problématiques qui sous-tendent une nécessité de changement (prise de médication, nutrition, exercice, comportements sexuels à risque, etc.). Appliquée à la toxicomanie, l'approche motivationnelle vise à aider le client à reconnaître ses problèmes actuels ou potentiels causés par sa consommation et l'amener à y remédier. L'objectif principal est en fait l'augmentation de la motivation intrinsèque au changement du client (Miller & Rollnick, 2006). La motivation au changement est l'ensemble des attitudes et des dispositions comportementales favorables à la

modification des comportements de consommation (Bergeron, Tremblay, Cournoyer, Landry & Brochu, 2009).

Prochaska et DiClemente (1984) ont élaboré un modèle transthéorique qui décrit le changement comme un processus progressif en six étapes. Au premier stade, soit celui de la **précontemplation**, l'individu ne reconnaît pas avoir de problème et n'éprouve aucun désir de changer ses habitudes problématiques. Le deuxième stade, celui de la **contemplation**, est celui où la personne reconnaît de plus en plus son problème, mais demeure ambivalente face à un éventuel changement. Vient ensuite le stade de la **préparation** au cours duquel la personne reconnaît l'existence d'un problème, planifie l'action et réfléchit à comment se réaliseront les changements. Au stade de l'**action**, la personne s'active et met en branle les stratégies élaborées au stade précédent. Le cinquième stade, celui du **maintien**, suppose que la personne cherche à maintenir les acquis et à prévenir la rechute. Le dernier stade est d'ailleurs celui de la **rechute**, laquelle peut survenir à n'importe quel moment dans le processus de changement de la personne. Il importe de considérer la rechute comme une étape de ce processus et non comme un échec ou un abandon.

L'approche motivationnelle consiste tout d'abord à identifier à quel stade motivationnel se retrouve le client et à ensuite mettre en application différentes stratégies d'intervention pour amener ce dernier à passer à un stade supérieur. Pour y arriver, l'intervenant doit appliquer les quatre principes généraux de l'entretien motivationnel. Tout d'abord, il importe d'exprimer de l'empathie en cherchant à comprendre les sentiments et le point de vue du client et ce, sans jugement ni

critique. L'intervenant doit ensuite développer la divergence, qui consiste, entre autres, à créer un déséquilibre chez le client en augmentant l'écart entre sa situation désirée et sa situation réelle. Le troisième principe de l'entretien motivationnel est de rouler avec la résistance, c'est-à-dire de ne pas s'opposer à la résistance du client mais plutôt de composer avec celle-ci. Finalement, le dernier principe est de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle qui fait référence au crédit qu'accorde le client à ses capacités d'atteindre ses buts (Miller & Rollnick, 2006). En raison du fait qu'elle n'est pas confrontante, l'approche motivationnelle est tout indiquée pour favoriser l'alliance thérapeutique et le changement chez les jeunes toxicomanes résistant au changement (Brunelle, Landry & Bertrand, 2008).

#### *1.1.4.5 La communauté thérapeutique*

L'approche de la communauté thérapeutique est utilisée plus particulièrement avec les jeunes qui présentent un problème de consommation sévère. Elle se caractérise également par le fait qu'il s'agit d'une thérapie en milieu fermé, dont la durée moyenne est de quinze mois, quoique de plus en plus d'établissements l'ont adaptée en une thérapie de six à 12 mois. À l'instar du modèle Minnesota, la consommation est ici considérée comme une maladie qui affecte l'ensemble de la personne et qui entraîne une interruption dans le développement normal de la personne, des déficits dans les relations interpersonnelles et de difficultés majeures dans l'atteinte des buts. L'objectif de cette thérapie est donc d'offrir à l'adolescent aux prises avec un problème de consommation un environnement sain, sécuritaire tant au plan psychologique que physique et structuré dans lequel il pourra développer

ses capacités adaptatives, personnelles et sociales (Jainchill, 1997). La communauté thérapeutique devient alors une sorte de famille de remplacement qui procure au jeune un environnement supportant.

La vie dans une communauté thérapeutique est très structurée puisqu'on y suit un horaire où sont planifiées toutes les activités de la journée et ce, du lever jusqu'au coucher. Les journées sont principalement composées de périodes scolaires, de thérapie par les pairs en groupe ou en individuel, de pauses, de tâches à effectuer et d'occupations personnelles. Les séances de thérapie sont bien entendu centrales dans la thérapie puisqu'elles permettent aux jeunes de prendre conscience de ce qui se passe en lui et de progresser dans son cheminement. La communauté thérapeutique accorde également une place très importante à la famille dans le traitement afin que l'ensemble de la cellule comprenne la problématique du jeune et qu'elle soit outillée pour y faire face. Ainsi, des relations plus saines et plus aidantes sont développées et contribueront au maintien des acquis du jeune une fois revenu dans son milieu (Jainchill, 1997; Muck et al., 2001).

Un des éléments particuliers de la communauté thérapeutique est son organisation hiérarchique. Différents statuts, auxquels les jeunes doivent accéder tout au long de la thérapie, offrent des privilèges et des tâches. Cette hiérarchisation se veut un élément de motivation et de valorisation dans le processus de changement du jeune. Les différents statuts permettent aussi aux jeunes de tenir des rôles particuliers. Il est important de mentionner qu'un jeune peut augmenter ou diminuer de statut, selon ses attitudes et ses comportements.

#### *1.1.4.6 L'efficacité de ces traitements*

Winter et son équipe (Winter, Stinchfield, Weller & Latimer, 2000) se sont intéressés à l'efficacité du modèle Minnesota. Pour se faire, ils ont comparé trois cohortes de jeunes: la première ayant complété le programme, une autre ne l'ayant pas complété entièrement et finalement une qui se trouvaient sur une liste d'attente. Leurs résultats montrent que le taux d'abstinence est supérieur chez les jeunes qui ont terminé le programme par rapport à ceux qui ne l'ont pas terminé et ceux sur la liste d'attente. Il n'y a toutefois aucune différence significative entre ces deux derniers groupes.

Que ce soit pour traiter la toxicomanie de jeunes en milieu scolaire (Wilson, Gottfredson, & Najaka, 2001), de délinquants, de jeunes contrevenants (Dowden & Andrews, 1999) ou encore de délinquants toxicomanes (Pearson & Lipton, 1999), plusieurs études ont démontré que les méthodes cognitives-comportementales seraient supérieures aux traitements non-comportementaux. Dans le cadre d'une étude menée par Kaminer et son équipe (1998), on a comparé un groupe de thérapie cognitive-comportementale à un groupe de thérapie interpersonnelle. À court terme, le groupe de thérapie cognitive-comportementale s'est montré plus efficace. Par contre, après un an de suivi, le nombre de rechutes était équivalent dans les deux groupes.

Diamond et ses collègues (2002) ont mené, quant à eux, une étude dans laquelle cinq groupes de traitement différents étaient comparés, trois appliquant l'approche

motivationnelle et la thérapie cognitive-comportementale et deux appliquant la TMFD. Leurs résultats démontrent que toutes ces approches s'équivalent lorsque l'on considère leur efficacité selon une baisse de consommation de cannabis. Toutefois, les thérapies cognitives-comportementales se montrent plus efficaces si l'on considère la fréquence de consommation quotidienne après trois mois de traitement.

Liddle et al. (2008) ont comparé l'efficacité des TFMD à celle des thérapies cognitives-comportementales. Ces deux traitements ont montré des résultats sensiblement comparables en ce qui concerne la diminution de la fréquence de consommation du cannabis et ce, durant le traitement et six mois après. La TFMD s'est montrée plus efficace pour diminuer la sévérité du problème de consommation que la thérapie cognitive-comportementale. En s'intéressant aux taux d'abstinence (ou de consommation minimale) durant les 12 mois suivant le traitement, ils ont conclu que les jeunes qui ont reçu une TFMD maintiennent davantage les gains de la thérapie que les jeunes qui ont reçu une thérapie cognitive-comportementale (64% p/r 44%).

Jainchill et son équipe (1997) ont quant à eux étudié l'efficacité de six communautés thérapeutiques. Bien que certains paramètres étaient différents d'une thérapie à l'autre (milieu rural vs urbain, la durée du séjour, taille de l'équipe d'intervenants, etc.), toutes appliquaient les principes de base de la communauté thérapeutique. Environ 44% des jeunes de l'échantillon ont terminé le programme. Au cours de la période postcure de six mois, des changements significatifs ont été

remarqués quant à la consommation d'inhalants/solvants, d'hallucinogènes et de méthamphétamines. De plus, 66% de ces jeunes estimaient que leur consommation d'alcool avait grandement diminué ou encore qu'ils étaient abstinents depuis.

Brunelle et ses collègues (2006) se sont aussi penchés sur l'efficacité de deux communautés thérapeutiques, plus particulièrement de ces communautés en centre jeunesse. C'est d'ailleurs de cette étude qu'est issu ce projet de mémoire. 31 jeunes ayant été placés dans une unité thérapeutique en centre jeunesse ont été rencontrés à quatre reprises, soit à leur admission, trois mois, six mois et 12 mois après celle-ci. Un ensemble de questionnaires leur était alors administré dans le but de déterminer si le séjour des adolescents dans une ou l'autre de ces unités thérapeutiques avait contribué à l'amélioration de leur situation biopsychosociale. Le devis de recherche de ce projet nous empêche toutefois d'affirmer que ces résultats sont directement attribuables à la thérapie, plusieurs autres facteurs pouvant avoir affecté la situation des jeunes. L'analyse des résultats de l'Indice de la gravité de la toxicomanie pour adolescents (IGT-ado) (RISQ, Germain, Landry & Bergeron, 2003) témoigne d'une diminution significative, en comparant le premier temps de mesure au dernier, de la gravité de la consommation de drogues autres que l'alcool et de la délinquance. Lorsque l'on s'intéresse plutôt aux résultats obtenus par le questionnaire sur l'adaptation et les problèmes de comportement (JESSNESS) (Leblanc, 1996), toujours en comparant le premier temps de mesure au dernier, on assiste également à des changements significatifs pour plusieurs échelles. Des améliorations sont perceptibles pour les échelles de la mésadaptation sociale (attitudes associées à une socialisation inadéquate ou perturbée), de l'anxiété sociale (malaise émotif lié aux

relations interpersonnelles) et de l'agressivité manifeste (réagir facilement en fonction des sentiments de frustration ou de colère ressentis). Le questionnaire sur les troubles de comportements et délinquance (MASPAQ) (Leblanc, 1996) nous indique quant à lui une diminution significative de la rébellion contre la famille. Des résultats par rapport à la situation scolaire des jeunes ont aussi été relevés dans le cadre de cette étude. On remarque en effet des améliorations significatives des résultats des jeunes en mathématiques et en français suite à leur passage en unité. Les questionnaires sur l'image de soi et sur la détresse psychologique révèlent quant à eux des variations significatives dans le temps. Une détérioration significative entre le premier temps de mesure et le deuxième est observable, puis une certaine stabilité entre le deuxième temps de mesure et le troisième. Toutefois, lorsque l'on compare le premier temps de mesure au dernier, on constate une amélioration significative. C'est donc dire qu'en début de traitement, une détérioration de l'image de soi et une augmentation de la détresse psychologique se sont manifestées. Une fois le traitement terminé, ces deux sphères se sont améliorées significativement, donc une augmentation de l'image de soi et une diminution de la détresse psychologique se sont fait ressentir. Finalement, le soutien social perçu de la part de la famille est la seule variable étudiée qui a connu une détérioration au cours du traitement. La proportion des jeunes qui percevaient un soutien social élevé de leur famille a considérablement diminué entre le premier temps de mesure et le dernier. Ce résultat fera d'ailleurs l'objet d'une section au chapitre des résultats de ce mémoire.



### *1.1.5 Le processus de changement*

On constate que plusieurs types de thérapie s'offrent aux jeunes aux prises avec un problème de consommation, chacune comportant ses forces et faiblesses. Il convient donc de s'attarder aux facteurs communs de ces traitements qui peuvent en expliquer le succès (Dennis, Dawud-Noursi, Muck, & McDermeit, 2004). Ces facteurs, qui sont souvent déterminants dans le processus de changement des jeunes, seront ici présentés selon trois groupes, soient les composantes du traitement, les variables non spécifiques au traitement et finalement, les caractéristiques propres aux jeunes.

#### *1.1.5.1 Composantes du traitement*

*1.1.5.1.1 L'implication de la famille.* L'implication de la famille dans le traitement est recommandée dans le traitement de la toxicomanie chez les jeunes (CPLT, 2001). La famille a une grande importance et influence le parcours des jeunes, mais elle peut agir à la fois en tant que facteur de risque et comme facteur de protection.

Le rôle de la famille en tant que facteur de risque pour une consommation de SPA semble faire l'unanimité au sein des chercheurs. Bertrand et Nadeau (2006) définissent ce facteur sous l'aspect des abus et des situations difficiles au sein de la famille. Brunelle, Cousineau et Brochu (2002) estiment que ce sont davantage les insatisfactions des jeunes par rapport à leur famille qui constituent un risque

important pour le développement d'une toxicomanie plutôt que les événements qui se rapportent à la famille en elle-même. Selon eux, c'est lorsque le jeune associe des significations ou interprétations négatives aux situations familiales que le risque apparaît. Garnier et Stein (2002) affirment que la famille serait un facteur de risque dont l'impact serait plutôt indirect sur la consommation de SPA. Ils considèrent que la famille serait un facteur distal puisqu'elle influencerait d'autres aspects de la vie du jeune et que ces aspects, à leur tour, influenceraient la consommation du jeune. Par exemple, la famille peut influencer les caractéristiques individuelles du jeune, qui elles influenceraient ses choix d'affiliation à des pairs et ce serait plutôt cet aspect (facteur proximal) qui aurait un effet direct sur la consommation du jeune. Blackson et Tarter (1996) spécifient que cet effet serait particulièrement important dans la diade garçon/père. Selon eux, la consommation du père aurait une plus grande influence sur son fils, qui risque davantage de s'associer à des pairs déviants. Cette association fait en sorte que les risques de consommer des SPA sont plus élevés. Cette affirmation diverge de celle de Chermack et ses collègues (Chermack, Stoltenberg, Fuller & Blow, 2000) qui soutiennent qu'une histoire de consommation au sein de la famille influencerait davantage les filles que les garçons.

Bien que l'on reconnaisse l'importance du rôle de la famille dans le développement et le maintien des comportements de consommation du jeune (Muck et al., 2001), son implication peut également agir à titre de facteur de protection et de réussite dans le traitement de la toxicomanie du jeune. Stice et son équipe (Stice, Barrera, & Chassin, 1998) ont observé que le soutien parental avait un effet modérateur sur le volume d'alcool consommé et les problèmes (familiaux,

judiciaires, scolaires) pouvant découler d'une consommation problématique. Un jeune qui vit dans un environnement familial structurant et soutenant est donc susceptible de moins consommer et évite de nombreuses conséquences liées à une consommation abusive. Van Der Zwaluw et al. (2008) en arrivent sensiblement aux mêmes conclusions lorsqu'ils s'intéressent aux impacts qu'a la consommation d'alcool des parents sur leurs compétences parentales et sur la consommation de leur enfant. Ils en conclurent qu'un niveau élevé de contrôle parental, de support, de règles et de contrôle sur leur propre consommation de la part des parents sont associés à une faible consommation d'alcool chez leur adolescent. Les principaux facteurs de protection liés à la famille sont : une relation positive avec un adulte significatif; le soutien émotif d'un parent; des attentes parentales appropriées à la situation de leur enfant; le support des parents dans l'atteinte des buts de l'enfant; l'application de règles claires de façon constante et le soutien de la famille élargie (Kumpfer, 2001).

Impliquer la famille dans le traitement du jeune fait d'ailleurs partie des recommandations de Santé Canada (2001) dans son guide des meilleures pratiques. On reconnaît même que cela est essentiel puisque que l'implication de la famille dans le traitement est prédictrice de la rétention du jeune dans celui-ci (Grella & Joshi, 2003; Robbins et al., 2006). Bertrand et al. (2006) reconnaissent qu'il importe d'impliquer la famille dans le traitement pour : (1) favoriser l'engagement et la persistance de celle-ci dans le traitement; (2) développer une meilleure compréhension des difficultés du jeune; (3) favoriser le soutien familial face aux objectifs de ce dernier; (4) pouvoir évaluer les besoins de la famille et, (5) outiller les

parents pour mieux vaincre leurs difficultés. Plourde, Ménard, Perreault, Mercier et Lecours (2002) se sont intéressés aux points de vue des acteurs (intervenants, jeunes et parents) sur la place de la famille dans le traitement des jeunes ayant un problème de consommation de SPA. Leurs résultats indiquent que tous les acteurs estiment qu'il est pertinent d'impliquer la famille dans le traitement. Les intervenants croient que la participation des parents dans le traitement augmente les chances de réussite puisque cela favorise la communication et les rapprochements entre le jeune et sa famille. Les jeunes estiment quant à eux que le fait que leurs parents soient impliqués dans leur thérapie rend ces derniers plus compréhensifs face au vécu de leur enfant et les rend plus aptes à dialoguer. Les parents quant à eux jugent qu'il est important de s'impliquer dans le cheminement de leur enfant. Toutefois, plusieurs intervenants croient que la plupart des jeunes ne souhaitent pas voir leurs parents impliqués dans le processus de changement alors que, selon le discours des jeunes, il n'y a qu'une minorité qui y est réticente. Finalement, les intervenants ont reconnu spontanément un manque d'expertise pour intervenir auprès des familles. Selon eux, cet exercice nécessite de bonnes connaissances en médiation familiale et ils doivent être en mesure d'intervenir dans plusieurs domaines puisqu'en thérapie familiale, plusieurs problématiques peuvent être abordées.

*1.1.5.1.2 Les facteurs d'aide thérapeutique en groupe.* Bien que ce soit à différentes fréquences et de différentes intensités, les différentes formes de thérapie présentées aux sections précédentes comportent toutes des activités de groupe. Pour faire en sorte que la vie de groupe soit un élément contributif au changement de la situation de ses membres, un certain nombre d'éléments doivent être mis en place.

On peut, par exemple, miser sur les aspects plus dynamiques d'entraide du groupe (les interactions qui concernent le groupe dans son ensemble) ou encore sur les bénéfices que retirent les membres de la vie de groupe (Lindsay, Roy, Montminy, Turcotte & Genest-Dufault, 2008). Dans ce dernier cas, on parle alors de facteurs thérapeutiques qui favorisent le changement (Turcotte & Lindsay, 2008). Plusieurs auteurs se sont intéressés à ces facteurs et en ont élaboré différents modèles. Corsini et Rosenberg (1955) ont fait un modèle comprenant neuf facteurs alors que celui de Reid (1997) était composé de dix facteurs. Dans un esprit de synthèse et d'intégration, Lindsay et son équipe (2006) présentent le modèle de Yalom comprenant dix facteurs d'aide thérapeutique : l'espoir, l'universalité, le partage d'information, l'altruisme, l'apprentissage par interaction, l'apprentissage par imitation, la connaissance de soi, la cohésion, la révélation de soi et la catharsis (Turcotte et al., 2008). De brèves descriptions de chacun de ces facteurs sont présentées dans le tableau 3.

Tableau 3

## Facteurs d'aide thérapeutiques en groupe

Facteur	Définition
Espoir	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les membres voient que d'autres vivent une situation semblable à la leur.</li> <li>▪ Ils constatent que les autres s'améliorent ou du moins, que des progrès sont possibles.</li> <li>▪ L'espoir provient davantage du fait que les membres croient que des progrès sont possibles que de la concrétisation des progrès.</li> </ul>
Universalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les membres du groupe partagent leurs préoccupations et leurs émotions.</li> <li>▪ Les membres prennent conscience qu'ils ne sont pas seuls à vivre cette situation et en arrivent à se sentir moins isolés.</li> </ul>
Partage d'informations	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'intervenant offre de l'information, des conseils, des renseignements mais également les membres entre eux qui, bien souvent, de par leur vécu, ont une expérience que n'a pas l'intervenant.</li> </ul>
Altruisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un sentiment d'utilité se développe lorsque les membres soutiennent et/ou conseillent les autres.</li> <li>▪ Le fait d'être en mesure d'offrir de l'aide à ses pairs suscite un sentiment de valeur personnelle et augmente inévitablement l'estime de soi.</li> </ul>
Apprentissage par interactions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les membres apprennent de nouvelles façons d'entrer en contact avec les autres en répondant à leurs approches.</li> <li>▪ Ils peuvent imiter ou réagir aux comportements des autres.</li> <li>▪ Le groupe devient un milieu sécurisant pour ses membres qui peuvent mettre à l'essai différentes approches.</li> </ul>
Apprentissage par imitation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les membres apprennent en observant les comportements des autres.</li> <li>▪ Ils peuvent alors reconnaître les aspects positifs liés à ces comportements et les reproduire.</li> </ul>
Connaissance de soi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les membres font certaines prises de conscience sur eux-mêmes et sur leur propre situation.</li> <li>▪ Le fait d'interagir dans un groupe peut aider les membres à prendre conscience de leur façon de se comporter, de l'idée qu'ils se font d'eux-mêmes ou de celle qu'ils projettent.</li> </ul>
Cohésion	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les membres se sentent comme partie intégrante du groupe et ont le sentiment d'y être accepté.</li> </ul>
Révélation de soi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les membres confient certaines de leurs expériences aux autres.</li> </ul>
Catharsis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les membres expriment leurs émotions aux autres membres du groupe, ce qui les aide à se sentir comme un élément actif du groupe.</li> </ul>

Turcotte, D. & Lindsay, J. (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes*, 2<sup>ème</sup> édition. Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.

### *1.1.5.2 L'alliance thérapeutique*

L'alliance thérapeutique est reconnue pour être l'une des composantes déterminante du traitement dans le processus de changement (Hogue, Dauber, Faw Stambaugh, Cecero, & Liddle, 2006). On définit l'alliance thérapeutique comme étant les liens d'affection, de confiance et de respect, ainsi que la qualité de la collaboration entre le thérapeute et le client dans la définition des tâches et des buts du traitement (Fitzpatrick & Irannejad, 2008). Certains auteurs affirment même qu'une crise au sein de l'alliance thérapeute/client peut mener à un point tournant dans le processus de changement en entraînant soit la poursuite ou l'interruption de la thérapie (Baillargeon, Pinsof & Leduc, 2005). Plusieurs études portant sur l'impact de l'alliance thérapeutique chez les adultes ont été menées. Chez les adultes, l'alliance thérapeutique est reconnue comme étant un prédicteur de l'engagement et de résultats positifs pour différents aspects de la thérapie (par exemple la dépression et l'anxiété) et ce, à travers différentes formes de thérapie (Martin & al., 2000). La perception des clients face à leur propre engagement, à leur capacité de s'investir dans un tel travail ainsi que la perception qu'ils ont de la compréhension et de l'implication de leur thérapeute sont les trois dimensions de l'alliance thérapeutique prédictrices de l'abandon de la thérapie (Cournoyer, Brochu, Landry & Bergeron, 2007).

Très peu d'études portant sur l'alliance thérapeutique chez les jeunes ont été menées à ce jour (Hogue et al., 2006; Hawley & Garland, 2008). Pourtant, comme la

consommation des jeunes se distingue par divers éléments de celle des adultes (Bertrand & Ménard, 2005; CPLT, 2001; Flanzer, 2005), l'alliance thérapeutique entre les jeunes et le thérapeute se différencie également (Hawley & Garland, 2008). Le fait que le jeune entre souvent en thérapie de façon non volontaire et qu'il perçoive son problème et les façons d'y remédier tout à fait différemment d'un adulte sont les principales différences (Baillargeon, Leduc & Côté, 2003; Hawley & Garland, 2008). Dans une étude menée par Bickman et son équipe (2000), les thérapeutes rencontrés identifient l'alliance thérapeutique comme étant l'une des composantes les plus déterminantes dans le traitement des adolescents. Hawley et ses collègues (2008) abondent en ce sens en concluant que l'alliance thérapeutique est significativement associée à différents résultats de la thérapie tels que la diminution des symptômes, l'amélioration des relations familiales, l'augmentation de l'estime de soi, l'augmentation du soutien social perçu et la satisfaction face au traitement.

#### *1.1.5.3 Les caractéristiques de l'adolescent*

Certaines caractéristiques propres aux jeunes constituent également des facteurs de risque ou de protection de la réussite du traitement. Bertrand et al. (2004) rapportent que l'absence de problèmes psychiatriques en comorbidité, l'absence d'histoire d'abus physique et/ou sexuel, le fait d'être une fille et d'avoir une bonne alliance thérapeutique augmentent le taux de réussite du traitement.



## 1.2 Cadre d'analyse

Ce mémoire repose sur une approche théorique inspiré de la phénoménologie. Il est difficile de présenter cette approche dans sa globalité puisqu'il y a presque autant de positions phénoménologiques que de phénoménologues (Delefosse, 2001), ce qui est d'ailleurs à la source de nombreux débats épistémiques. Cette section n'a donc pas la prétention de présenter de façon exhaustive l'histoire et tous les courants qui découlent de la phénoménologie, le but étant plutôt de situer dans quel esprit a été réalisée cette recherche. Principalement, un bref aperçu de l'origine de cette approche et les travaux de deux chercheurs seront présentés.

Edmund Husserl (1859-1938) est considéré comme l'un des fondateurs de la phénoménologie (Wilson, 2002 ; Benoist & Karsenti, 2001 ; Delefosse, 2001 ; Deschamps, 1993 ; Wild, 1967). C'est à lui que l'on doit la méthode compréhensive, qui vise à chercher et à comprendre de l'intérieur la subjectivité signifiante, opposée à la méthode explicative, qui consiste à ramener des faits à des lois. Le but de la phénoménologie, tel que présenté par Husserl, est d'étudier les phénomènes humains sans considérer les causes, leur réalité objective ou encore leur apparence. L'objectif est plutôt d'étudier de quelle façon les phénomènes humains sont vécus par la conscience, dans les actes cognitifs et perceptuels. La phénoménologie cherche donc à comprendre comment les personnes construisent le sens. Notre expérience du monde, sur laquelle se basent nos pensées par rapport à ce monde, est intersubjectif parce que nous éprouvons le monde avec et par d'autres (Wilson, 2002). Husserl a également élaboré sur la notion de conscience. Pour lui, la conscience est toujours

intentionnelle, étant nécessairement orientée vers quelque chose (Delefosse, 2001). Il compare d'ailleurs la conscience à un phare qui éclaire les objets du monde perçu. Ainsi, le monde se montre comme un phénomène, comme apparition ou manifestation pour la conscience (Husserl, 1962).

Les travaux de Husserl ont par la suite inspiré de nombreux auteurs de différents domaines tels que la philosophie (Heidegger, Scheler, Gadamer, Merleau-Ponty, Jaspers, Sartre, Levinas, Patocka, etc.), la psychiatrie dynamique (Minkowski, Binswanger, Ey, Boss, Lanteri-Laura, etc.) et la sociologie (Schutz, Van Kaam, Giorgi, Moustakas, etc.) (Delefosse, 2001). Schutz et Giorgi sont ceux qui contribuent le plus immédiatement aux propos de ce mémoire.

Alfred Schutz a bien entendu été influencé par les travaux de Husserl mais aussi par ceux de Dilthey et de Weber (Delefosse, 2001). Ses travaux visent en quelque sorte à confronter la méthode des sciences sociales à la réalité quotidienne concrète, au sujet en interaction avec son entourage. Contrairement à Giorgi, Schutz refuse toute réduction menant à la recherche d'essences scientifiques (Delefosse, 2001). Delefosse (2001) résume les principales avancées pour la phénoménologie qu'a générées Schutz.

Schutz a tout d'abord énuméré quelques caractéristiques du monde et de la vie quotidienne lorsque l'on observe ceux-ci à la lumière de la phénoménologie. Le monde vécu de la vie quotidienne fait en sorte que l'homme s'oriente dans son quotidien sans avoir à se repositionner continuellement sur ses valeurs, son sens et

son orientation. L'homme utilise tout ce qui lui est donné à la naissance pour construire ce vécu quotidien. Cette construction devient en quelque sorte le cadre, les repères et les certitudes de l'individu.

La notion d'action est également un apport de Schutz à la phénoménologie. Cette approche, du point de vue de Schutz (Blint, 1995), s'intéresse à l'action et non pas à la représentation. Ces actions ont une contribution importante dans la construction du monde quotidien de l'individu. Il y aurait trois formes d'action : 1) une conduite implicite (elle est invisible, telle une pensée) ; 2) une conduite explicite (visible pour les gens à l'extérieur) ; 3) une action omissive (s'abstenir volontairement de faire quelque chose). Une constante se dégage de toutes ces actions : elles sont intentionnelles et conscientisées.

Schutz a finalement amené la notion de « provinces limitées de signification ». Ces provinces limitées réfèrent aux différentes sphères de la vie d'une personne qui coexistent entre elles (famille, travail, loisirs, etc.). Ces différentes sphères, ou ces « provinces » peuvent parfois entrer en conflits. Lorsque ces conflits surgissent, le monde quotidien devient alors fragmenté en différentes « provinces limitées de signification ». Les différentes sphères se regroupent habituellement par compatibilité de style cognitif qui leur est rattaché. Schutz estime que les individus ont également des sphères ou des mondes quotidiens mais « hors quotidien du travail ». Il fait ainsi référence aux mondes des images, des rêves, de la spiritualité, des fantasmes, etc. Ces sphères possèdent leurs propres « provinces limitées de

sens » et c'est à celles-ci qu'une recherche phénoménologique devrait s'intéresser, plus particulièrement à leur style cognitif.

Giorgi (1997) définit quant à lui l'approche phénoménologique comme étant « *l'étude des structures de la conscience, ce qui inclut une corrélation entre les actes de la conscience et leur objet [...] et les divers styles et modalités de présence manifestés par la conscience* ». Par conscience, Giorgi (1997) entend l'ensemble des expériences que l'individu a vécues. Par les différentes formes, modes ou styles qu'elle prend, la conscience ne présente pas seulement les objets de façon neutre mais leur donne un sens. Il nomme « intuition » l'expérience que nous présente la conscience. Giorgi réfère ici non pas uniquement aux phénomènes qui ont des supports réels mais également aux phénomènes qui n'en n'ont pas mais qui sont tout de même essentiels à la compréhension des phénomènes humains (par exemple les fantasmes, les hallucinations, les souvenirs, etc.). Même lorsqu'il est question d'objets réels, la phénoménologie s'intéresse davantage à la façon dont ils sont perçus par l'individu ou encore à ce qu'ils représentent pour lui, qu'à leur essence ou à leur aspect physique. Un autre concept expliqué par Giorgi (1997) est le « phénomène ». Il définit le phénomène comme étant « *la présence de cela même qui est donné exactement comme cela est donné ou ressenti* ». En phénoménologie, on étudie donc les intuitions sous l'angle du sens que leur donne l'individu et non sous leur angle objectif. À l'instar de Husserl, Giorgi reprend l'un des concepts fondamental de la phénoménologie : l'intentionnalité, qui est de reconnaître que la conscience est toujours liée ou dirigée vers un objet qui la transcende. Aucun phénomène n'existe si on ne considère pas la conscience qui est dirigée vers cet

objet. Le concept d'intentionnalité donne le statut de « sens » ou de « signification » aux phénomènes, qui se différencient ainsi des « existants réels » (Meyor, 2005).

Pour être considérée comme phénoménologique, une recherche doit : 1) décrire, 2) réduire et 3) rechercher des essences scientifiques<sup>1</sup>. En premier lieu, une recherche doit effectivement produire une description concrète et détaillée d'expériences spécifiques d'après l'attitude quotidienne d'autres personnes. Les descriptions produites doivent être celles des autres, et non celles du chercheur, dans une perspective d'attitude naturelle (Giorgi, 1997). On cherche en fait tant les détails, les idées, les croyances, que les préjugés, les erreurs qui sont présentes dans le discours des autres.

En second lieu, une recherche phénoménologique doit également faire de la réduction, c'est-à-dire que le chercheur doit mettre de côté les connaissances qu'il a déjà sur le sujet à l'étude pour se concentrer entièrement sur l'expérience concrète de la personne interrogée (Giorgi, 1997). En fin de processus, le chercheur pourra affirmer que l'expérience concrète qu'il a recueillie auprès des principaux intéressés correspond au vécu même de ces personnes et non à un compte rendu objectif de ce qui s'est passé en vérité. Giorgi le résume d'ailleurs en ces termes : « *La seule chose que je pourrai affirmer, c'est que la description renvoie à la façon dont le sujet a interprété la situation, mais non qu'elle était véritablement ce qu'il pensait qu'elle était* » (Giorgi, 1997, p.352). Ce concept de réduction est également l'essence même

---

<sup>1</sup> Le terme « essence scientifique » est celui utilisé par Giorgi (1997). Sa signification est présentée à la page suivante.

de l'interactionnisme symbolique tel que décrit, entre autres, par Georges Herbert Mead. L'interactionnisme symbolique a trois prémisses de base. La première est que les gens agissent envers les « choses » sur la base de la signification qu'ont ces « choses » pour eux. La deuxième prémisse propose que la signification de ces « choses » provienne des interactions sociales des gens avec autrui. La troisième prémisse suggère quant à elle que ces significations sont manipulées et modifiées par un processus interprétatif utilisé par les personnes dans les « choses » qu'elles rencontrent (Blumer, 1969).

Finalement, en troisième lieu, une recherche phénoménologique doit rechercher des essences scientifiques. Il existe différents types d'essence puisque celle-ci peut être individuelle, universelle ou typique, selon la discipline. Par essence, on entend ce qui est durable dans un contexte donné, faisant référence aux caractéristiques essentielles d'un phénomène. Ensuite, des variations libres et imaginaires peuvent être faites à partir de cette essence.

C'est donc à travers l'approche phénoménologique que se réalise ce projet de mémoire, dont les objectifs sont ci-dessous présentés.

### 1.3 Objectifs de recherche

Bien que l'on soit en mesure d'identifier certaines composantes qui peuvent influencer l'efficacité des traitements de la toxicomanie, il demeure des aspects du processus qui nécessitent de nouveaux éclairages que seuls les principaux concernés

peuvent nous fournir. Ainsi, l'étude de la trajectoire de réadaptation, ou de services, peut s'avérer une stratégie utile pour observer les interactions qui se déroulent entre les dimensions individuelles, sociales et institutionnelles qui évoluent dans le processus de changement d'une personne ayant un problème de toxicomanie (Bertrand et Nadeau, 2002). Peu d'études se sont penchées sur les processus de changement des adolescents ayant un problème de toxicomanie (Bertrand, 2006). C'est dans cette optique que s'inscrit ce mémoire en s'intéressant aux trajectoires individuelles et de services de jeunes ayant fait un passage au Dôme ou à La Croisée, unités spécialisées en centre jeunesse offrant des services de réadaptation en toxicomanie pour les adolescents.

Le point de vue du jeune quant à différents aspects de sa trajectoire personnelle et de services est notre objet d'étude. Plus précisément, cette étude vise à documenter le passage en unité thérapeutique selon trois temps:

- ce qui a précédé le placement au Dôme ou à La Croisée, ce qui a amené le jeune à y être admis;
- le vécu du jeune tout au long de la thérapie;
- la situation du jeune depuis sa sortie de l'unité;

L'objectif de ce projet de mémoire est donc d'obtenir, via une approche qualitative, le point de vue du jeune en ce qui a trait aux différents aspects de son passage dans l'une de ces unités et sur les événements de vie survenus dans sa trajectoire depuis sa sortie. L'objectif spécifique consiste à documenter la perception que les jeunes ont de l'ensemble des services reçus au Dôme, à La Croisée ou au sein

d'autres ressources au cours de leur vie et les facteurs thérapeutiques qui leur semblent les plus aidants.



## *Méthode*

Cette section documente la méthode qui a été utilisée pour la réalisation de cette étude. Nous passerons ainsi en revue la méthode d'échantillonnage qui a été appliquée, un portrait de l'échantillon, les outils de recherche utilisés, les considérations éthiques dont on a tenu compte, le cadre d'analyse et, finalement, les méthodes de traitement et d'analyse des données.

## 2.1 Les participants

### *2.1.1 Lieux de recrutement*

La caractéristique commune à tous les participants est qu'ils ont tous séjourné à l'unité Le Dôme ou La Croisée pour y suivre une thérapie liée à leur problème de consommation de SPA.

Il importe toutefois de préciser que de nombreux changements ont eu lieu au sein de l'unité Le Dôme au cours des années suivant cette recherche. L'unité a d'abord considérablement changé son programme en modifiant plusieurs de ses aspects. Par exemple, toute la notion de hiérarchie a été revue en y soustrayant tous les groupes de confrontation. Puis, en novembre 2007, le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a fait adopter le projet de loi 125. Ce projet de loi contenait plusieurs amendements à la LPJ dont, entre autres, une modification importante concernant l'utilisation d'encadrement intensif. Pour qu'un jeune soit intégré dans une unité à encadrement intensif, tel que Le Dôme par exemple, il devait dès lors répondre à des critères très précis et sa situation devait être réévaluée tous les 30

jours. De ce fait, le fonctionnement de la thérapie se retrouvait grandement affecté puisque les jeunes étaient toujours susceptibles de quitter pour une autre unité et qu'aucune nouvelle admission n'a suivi ce changement de loi. L'ensemble de ces considérations a eu pour effet que l'unité Le Dôme a mis fin à ses opérations en janvier 2008.

Voici donc une brève présentation de chacune de ces unités, telles qu'elles étaient au moment de l'étude « *Évaluation de l'efficacité des unités en centre jeunesse spécialisées dans le traitement des toxicomanies : Le Dôme et La Croisée* » (Brunelle & al., 2006) puisque c'est à cette période de leur activité que fait référence ce présent mémoire.

#### 2.1.1.1 L'unité Le Dôme

Le Dôme était une unité du Centre de réadaptation Le Gouvernail du Centre jeunesse de Québec (CJQ) - Institut universitaire. L'unité Le Dôme offrait un milieu d'encadrement fermé, c'est-à-dire que les jeunes qui y séjournaient ne pouvaient sortir de l'unité à moins de conditions très particulières. Ils étaient donc retirés de leur milieu pour la durée complète de leur placement. Les informations présentées sont en fait un résumé des informations se retrouvant dans le document explicatif du programme. Le mandat de cette unité était d'offrir un programme de réadaptation en internat pour les adolescents de 12 à 18 ans manifestant des troubles de comportement, de délinquance et de consommation de drogues. Son objectif général était que le jeune s'implique dans un processus de changement visant une

réintégration positive dans son milieu familial ou autre milieu de vie moins encadrant. Le processus de changement comportait différents éléments pour que le jeune reconnaisse ses problèmes, vive une période sans consommation, démarre une période de changements, découvre sa personnalité, maintienne sa motivation, développe des relations saines, accroisse son niveau de maturité et qu'il exerce progressivement sa capacité à maintenir ses acquis dans son environnement naturel.

Pour pouvoir être admis au Dôme, le jeune devait respecter certains critères de sélection qui étaient : être de sexe masculin et âgé de 12 à 18 ans; avoir une conduite qui nécessite un hébergement en centre de réadaptation pour une période minimale de quatre mois; avoir une consommation de drogues qui affecte plusieurs secteurs de sa vie; avoir fait l'objet d'interventions antérieures en toxicomanie et/ou être réfractaire à toute forme d'aide proposée par les programmes de toxicomanie extérieurs au centre de réadaptation et avoir fait l'objet d'une évaluation à partir de l'IGT-ado (Germain et al., 2003). L'unité pouvait accueillir un maximum de 12 jeunes dont le séjour moyen était de six mois.

Pour atteindre ses objectifs, le programme d'activités du Dôme se réalisait à travers une philosophie de communauté thérapeutique. Ce type de thérapie se base sur le partage des expériences et sur l'entraide. Un ensemble de personnes, ayant une situation semblable, partagent leurs expériences dans le but de s'encourager à résoudre leur problématique, dans ce cas-ci la toxicomanie. Les personnes ont différents rôles à jouer dans leur propre thérapie ainsi que dans celle des autres membres du groupe. La réussite de la thérapie dépend donc de l'implication positive

de chacun puisque chacun est libre de faire ses choix, mais par l'impact que ceux-ci peuvent avoir sur le cheminement des autres, il doit être prêt à faire face aux conséquences de ses choix.

Le programme du Dôme se basait aussi principalement sur un processus de changement, dont les paramètres ont été précédemment exposés. On considérait qu'une thérapie au Dôme était un moment de réflexion pour le jeune sur sa consommation et les comportements engendrés par celle-ci. Le jeune devait alors se concentrer et identifier les raisons de sa consommation, les gains et les pertes y étant associés et il devait chercher à améliorer sa situation familiale, sociale et personnelle. Pour ce faire, les intervenants se fiaient sur l'honnêteté du jeune qui ne devait pas consommer pour la durée du traitement. L'implication des parents au traitement était aussi un des éléments qui permettaient au jeune d'atteindre les objectifs du programme.

Pour bien comprendre la structure du programme et le sens des différentes activités qui la constituaient, il est primordial de présenter les valeurs que sous-tendait le code de vie, les lois cardinales auxquelles devaient se soumettre les jeunes, la philosophie qu'ils devaient adopter et les principaux rôles de la hiérarchie qui y était prônée.

Le code de vie du Dôme était composé de plusieurs valeurs de base comme le respect de soi, de l'autre, de l'environnement, la responsabilisation, la famille, l'accueil et la valorisation. Les jeunes devaient également se soumettre à trois lois :

1) aucune consommation de drogues ou d'alcool dans l'unité ; 2) aucune forme d'intimidation par la violence physique ou verbale ; 3) aucune relation sexuelle ni jeux sexuels (revue pornographiques, etc.). Les jeunes qui entreprenaient une thérapie au Dôme devaient adopter une philosophie selon laquelle ils devaient reconnaître l'ampleur de leur problématique de toxicomanie et l'importance de la thérapie dans leur rémission. Cette philosophie est présentée en annexe 1.

La hiérarchie était un des aspects les plus importants de la thérapie. Différents statuts, auxquels les jeunes devaient accéder tout au long de la thérapie, offraient des privilèges et des tâches. Cette hiérarchisation se voulait un élément de motivation et de valorisation dans le processus de changement du jeune. Il est important de mentionner qu'un jeune pouvait voir son statut augmenter ou diminuer, selon ses attitudes et comportements. À ces différents statuts se greffaient des rôles particuliers : le chef (un vieux membre) et les expéditeurs (membres responsables ou vieux membres). Les tâches et les privilèges accordés à ces rôles sont présentés en annexe 2.

La programmation de l'unité contenait des activités spécifiques telles que des activités scolaires, sportives, culturelles et des activités cliniques en lien avec le programme de toxicomanie. La programmation pour chacune des journées de la semaine est présentée en annexe 3. Les principaux éléments qui constituaient la programmation sont des activités quotidiennes (rencontre du matin, suivi communautaire, rencontre du soir, regroupement, délégation de tâches, « prendre

soin de ses sentiments ») et des activités de partage (groupe de confrontation, séminaire, groupe de requête, groupe d'attitudes, activité parents, réunions maison).

#### *2.1.1.2 L'unité La Croisée*

L'unité La Croisée est également une unité de vie en centre jeunesse, mais cette fois dans la région des Laurentides. Il s'agit d'une unité qui se spécialise dans le traitement de jeunes qui ont des troubles de comportement graves et persistants comme la consommation abusive de SPA. L'unité La Croisée se distingue du Dôme par différents aspects, bien que le but poursuivi soit sensiblement le même. Une des principales distinctions est que La Croisée offre un encadrement en milieu ouvert, donc il est possible pour les jeunes de sortir les fins de semaines lorsque leur comportement au sein du programme est adéquat. Il va sans dire que cette possibilité de sortie augmente considérablement les risques de fugue et de consommation de drogues. Le programme proposé à La Croisée peut gérer ces risques puisqu'il est basé sur une approche de réduction des méfaits<sup>2</sup> plutôt que l'abstinence<sup>3</sup> comme c'était le cas au Dôme.

Contrairement à l'unité Le Dôme, l'unité La Croisée accorde une place beaucoup moins importante à l'approche de la communauté thérapeutique. En fait, elle en utilise certains outils et activités (telles que les activités quotidiennes) mais en exclut la hiérarchie et la confrontation par les pairs. Le programme psychoéducatif de La

---

<sup>2</sup> « L'approche de la réduction des méfaits en matière de drogues comprend deux volets : la réduction des usages à risque et la réduction des conséquences négatives liées à des usages problématiques » (Beauchesne, 2000).

<sup>3</sup> Arrêt de toute consommation de drogues et/ou d'alcool.

Croisée est orienté dans une perspective de réadaptation. Pour y arriver, on utilise principalement les outils individuels (analyse fonctionnelle, auto-observation, contrat comportemental) et les outils de groupe (habiletés de communication, régulation de la colère, gestion du stress, résolution de problème) de l'approche cognitivo-comportementale.

### 2.1.2 Échantillonnage

Les participants de ce projet de mémoire ont été recrutés selon la méthode d'échantillonnage par critères (Miles et Huberman, 2003). De l'ensemble des participants de l'étude de Brunelle et al. (2006), 29 jeunes répondaient aux trois critères pré-établis suivants.

Comme ce projet se veut une suite de l'étude « *Évaluation de l'efficacité des unités en centre jeunesse spécialisées dans le traitement des toxicomanies : Le Dôme et La Croisée* » (Brunelle & al., 2006), les participants sollicités se devaient d'avoir préalablement participé à celle-ci.

Lors de cette même étude, les jeunes ont été invités à compléter un formulaire de consentement (annexe 4) nous autorisant à entrer en contact avec eux à l'intérieur d'une période de cinq ans advenant la tenue d'une étude ultérieure. Les participants étaient informés que dans ce cas, on communiquerait avec eux et qu'ils seraient alors libres d'accepter ou non de participer à cette nouvelle étude. Pour participer à ce mémoire, les jeunes se devaient donc d'avoir signé ce formulaire de consentement.



Dans un souci éthique, les centres jeunesse ont aussi été contactés afin de connaître leur position par rapport au recrutement des participants de ce mémoire étant donné que les participants de l'étude de Brunelle et al. (2006) avaient été recrutés entièrement à partir de leurs services. Les centres jeunesse ont statué que si les jeunes éventuellement sollicités étaient âgés de 18 ans et plus, ils ne voyaient pas la pertinence de demander un certificat éthique. Les participants de ce mémoire devaient donc répondre à ce dernier critère de sélection, soit d'être majeur et donc ne plus être sous la responsabilité des centres jeunesse. Au cours de la cueillette de données, nous nous sommes rendu compte que nous avions rencontré par erreur un jeune âgé de 17 ans. Puisque ce jeune n'était plus sous la responsabilité du Centre jeunesse des Laurentides, il a été jugé que de faire signer un formulaire de consentement à l'un de ses parents serait suffisant pour que ce participant puisse quand même faire partie de l'échantillon de ce mémoire. Cette pratique a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) lors d'une demande de prolongation du certificat avec modification au devis.

Contrairement à la recherche quantitative, la recherche qualitative n'a pas de critères statistiques pré-établis pour déterminer la taille de l'échantillon. Dans ce cas-ci, la saturation empirique était un idéal à atteindre. La saturation empirique réfère au moment où le chercheur considère que de nouveaux entretiens avec de nouveaux participants n'apporteraient pas un nouvel éclairage aux résultats déjà obtenus (Pires, 1997). On parle ici d'idéal à atteindre puisqu'en recherche qualitative, la taille de l'échantillon se modifie souvent considérablement au fur et à mesure que la

recherche avance (Pires, 1997). Plusieurs facteurs, hors du contrôle de la chercheure, ont affecté la taille de l'échantillon. Le tableau 4 détaille le déroulement du recrutement. Toutes ces considérations ont fait en sorte que des 29 candidats potentiels, neuf d'entre eux ont participé à cette recherche.

Tableau 4  
Réponses obtenues lors du recrutement

Réponse à la demande de participer	n
Répondant aux critères de sélection	29
Coordonnées invalides	9
Refus de participer	7
Ont accepté mais ne se sont jamais présentés	2
Fugue et/ou vivent dans la rue	2
Jeunes rencontrés	9

Lors du premier contact téléphonique, les jeunes étaient informés du but de ce projet de mémoire et de ce qu'impliquerait leur participation. Lorsqu'un jeune acceptait, un rendez-vous était fixé pour la tenue de l'entretien. Celui-ci se déroulait généralement dans un local fermé de la bibliothèque municipale la plus près du lieu de résidence du jeune. Les buts et objectifs de l'étude, les différentes précautions prises afin d'assurer l'anonymat et la confidentialité lui étaient alors présentées en début d'entretien. Le jeune était ensuite invité à signer un formulaire de consentement (annexe 5), en s'assurant qu'il ait bien saisi ce en quoi consistait sa participation et en insistant sur le fait qu'il était libre d'accepter ou non de participer. Il était également invité à partager à l'intervieweuse toute forme

d'inconfort psychologique liée aux questions de l'entretien. Dans un tel cas, l'intervieweuse aurait évalué la nature du malaise et aurait référé le jeune à la bonne ressource. Une liste des ressources d'aide existantes dans la région du jeune lui était également remise pour qu'il puisse s'y référer en cas de besoin suite à l'entretien (annexe 6). À la fin de l'entretien, un certificat cadeau de dix dollars dans un magasin de disques était remis au participant en guise de compensation.

### *2.1.3 Caractéristiques des participants*

L'échantillon est donc composé de neuf jeunes hommes, quatre provenant de La Croisée et cinq du Dôme, âgés de 17 à 20 ans (âge moyen 18,67 ans). Le tableau 5 nous présente les occupations qu'ont les jeunes depuis leur sortie de thérapie, à savoir s'ils étudient ou travaillent, et leur milieu de vie. Nous constatons que plusieurs habitent chez leurs parents alors que les autres vivent en appartement. Aucun d'entre eux n'a obtenu un diplôme d'études secondaires, la plupart étant au niveau de secondaire quatre ou moins. La plupart des jeunes étaient, au moment de la rencontre, travailleurs ou étudiants. Un fait est à noter : les jeunes qui rapportent avoir une occupation « autre » sont soit à la recherche d'emploi ou tout simplement ne travaillent pas et ne vont pas à l'école.

Tableau 5

Milieu de vie et occupations des jeunes depuis leur sortie de thérapie

<b>Caractéristiques</b>	<b>n</b>
Milieu de vie	
Chez ses parents	6
En appartement, seul ou en colocation	3
Dernière année de scolarité complétée	
6 ième année	2
Sec 1	1
Sec 2	3
Sec 3	2
Sec 4	1
Occupation actuelle	
Travail	5
École	2
Autre	2

Le tableau 6 fait quant à lui état des placements dont les jeunes ont fait l'objet, soit en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ou encore celle sur le système de justice pénale pour adolescent (LSJPA) avant et après la thérapie au Dôme ou à La Croisée. On peut aussi y observer les différentes ressources d'aide fréquentées par les jeunes, toujours en lien avec leur consommation, avant leur passage en thérapie et après leur sortie jusqu'au moment de la rencontre.

Tableau 6

Placements et ressources d'aide fréquentées avant et après la thérapie

<b>Placement, ressources</b>	<b>n</b>
Nombre de placements antérieurs au Dôme ou à La Croisée	
1 LSJPA/LJC	1
0 LPJ	2
1 LPJ	3
2 LPJ	3
Nombres de traitements antérieurs au Dôme ou à La Croisée	
0	5
1	2
2	1
3+	1
Mesures sociales ou judiciaires depuis sa sortie de thérapie	
LSJPA / LPJ	0
Code criminel adulte (prison)	2
En attente de procès	2
Autres ressources d'aide (liées à la consommation) fréquentées depuis la sortie	
0	7
1	1
2	1
3+	0

Nous sommes donc en mesure de constater que les jeunes rencontrés n'en étaient pas, du moins pour la plupart, à leur premier placement en centre jeunesse lors de leur entrée au Dôme ou à La Croisée. Suite à leur passage dans l'une ou l'autre de ces unités, deux d'entre eux ont séjourné en prison alors que deux autres étaient en attente de procès en vertu du Code criminel adulte au moment de la rencontre.

Nous pouvons aussi remarquer que certains jeunes en étaient à leur première tentative de régler leur problème de consommation alors que d'autres avaient déjà

suivi un traitement antérieur, toujours en lien avec leur consommation. Une fois sortis du Dôme ou de La Croisée, quelques jeunes ont eu recours à une autre forme d'aide, soient de rencontrer un travailleur de rue, de fréquenter les Narcotiques anonymes (NA) ou encore de suivre une thérapie à l'externe.

## 2.2 Les outils

L'approche qualitative, plus particulièrement les entretiens de type qualitatifs, donne accès à des informations plus que pertinentes lorsque l'on souhaite expliquer ou comprendre un phénomène. Poupart (1997) énonce trois principaux aspects de cette méthode qui la rendent particulièrement intéressante dans un contexte de recherche comme celui de ce mémoire. Tout d'abord, l'entretien qualitatif est un moyen qui permet aux chercheurs de mieux comprendre et d'interpréter la réalité des acteurs sociaux en donnant accès aux points de vue de ces derniers. On peut ainsi mieux comprendre les actions des acteurs puisque l'entretien qualitatif nous renseigne aussi sur le sens que donnent les acteurs à leurs actions. Toujours selon Poupart (1997), l'entretien qualitatif peut servir en quelque sorte de tribune pour des groupes souvent qualifiés de marginaux ou de déviants. Les jeunes qui font l'objet de cette étude ont un vécu très particulier au sein des centres jeunesse et, pour la plupart, n'ont jamais eu l'opportunité de s'exprimer et de décrire comment se vit la thérapie de l'intérieur. Finalement, Poupart considère que l'entretien qualitatif donne accès à des informations sur des milieux ou des groupes sociaux auxquels le chercheur n'aurait jamais accès sans l'aide d'informateurs ou de témoins privilégiés, en l'occurrence les participants.

L'ensemble de ces considérations justifie l'utilisation de l'entretien qualitatif pour poursuivre l'objectif de ce mémoire. Les entretiens permettent effectivement d'obtenir le point de vue des jeunes sur leur passage dans une de ces unités et sur les événements de vie survenus depuis leur sortie.

Les entretiens ont été d'une durée moyenne de 60 minutes. Pour faciliter la transcription des entretiens, ces derniers ont été enregistrés à l'aide d'un appareil numérique. Le point de vue du jeune quant aux différents aspects de sa trajectoire personnelle et de services ont fait l'objet des entretiens, soit ce qui l'a amené à être admis au Dôme ou à La Croisée, son vécu en thérapie, sa situation depuis sa sortie de l'unité, les apports de l'ensemble des services reçus au Dôme, à La Croisée ou au sein d'autres ressources au cours de sa vie et les facteurs thérapeutiques qui semblent lui être venus le plus en aide. De façon plus précise, ces thèmes ont été abordés via un guide d'entretien qui est présenté en annexe 7.

Dans le but d'amasser certaines informations concernant les participants, une fiche signalétique a été élaborée (annexe 8). On y retrouve entre autres leur âge, leurs coordonnées, leur occupation, leur milieu de vie, les mesures judiciaires dont ils ont fait l'objet et leur consommation de SPA actuelle. Ces données ont permis de dresser un portrait plus détaillé de l'échantillon.

### 2.3 Considérations éthiques

Dans le cadre d'un devis de recherche impliquant des participants humains, le chercheur doit se soumettre à un certain nombre de règles qui balisent son travail. Dans le cadre de ce projet de mémoire, nous avons contacté les centres jeunesse afin de connaître les règles qu'ils imposaient dans le cas présent. Tel que mentionné dans la section intitulée « *Échantillonnage* », étant donné l'âge des participants, les centres jeunesse n'ont pas exigé un examen éthique supplémentaire. La réponse du responsable de la recherche des centres jeunesse est d'ailleurs présentée en annexe 9.

Une demande de certificat éthique a ensuite été déposée au Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR. Afin d'en avoir l'obtention, un document détaillé a été élaboré. Dans ce document, on trouve notamment la fiche de références d'aide remise aux participants suite à l'entretien advenant le cas où ils éprouveraient quelque besoin que ce soit. Le comité s'est montré favorable à la tenue de cette recherche (annexe 10) et la collecte de données a alors pu débuter. Toujours par souci éthique, les participants se sont vu remettre les coordonnées du comité éthique de l'UQTR pour qu'ils puissent communiquer avec eux dans l'éventualité où ils auraient une plainte ou un commentaire à formuler concernant le projet de recherche. Finalement, lors de la transcription des verbatims, tous les noms propres (de personnes, de villes, de lieux, etc.) ont été changés pour des noms fictifs dans le but d'assurer la confidentialité et l'anonymat des participants. Ce sont d'ailleurs ces noms fictifs que l'on retrouve dans les extraits cités dans ce mémoire.



## 2.4 Traitement des données

Les entretiens qualitatifs ont été transcrits et leur contenu analysé à l'aide du logiciel NVIVO7. L'utilisation d'un logiciel s'avère très pertinente dans un tel projet de recherche puisque cela permet de systématiser la démarche et d'automatiser les opérations telles que le repérage et l'extraction (Paillé et Mucchielli, 2003). De plus, un logiciel facilite le travail en diminuant le nombre de documents à manipuler et, par le fait même, limite l'utilisation superflue de papier.

## 2.5 Analyse des données

L'ensemble des propos recueillis a été traité par le biais de l'analyse thématique<sup>4</sup>. Comme le souligne Paillé et Mucchielli (2003), cette technique permet, dans un premier temps de repérer rapidement les principaux thèmes qui se dégagent de l'ensemble des entretiens et qui permettent d'atteindre les objectifs de recherche. En second lieu, cette méthode d'analyse permet de dégager les propos qui se démarquent des autres en récurrence, en importance ou encore de faire des regroupements entre eux.

Dans l'analyse thématique, deux démarches peuvent être appliquées : la thématization continue et la thématization séquentielle (Paillé et Mucchielli, 2003). La thématization continue consiste principalement à construire l'arbre thématique

---

<sup>4</sup> Il est à noter que les propos recueillis ont été traités sans égards à l'unité de provenance des jeunes.

tout au long de la démarche, ce dernier ne se retrouvant complet qu'à la toute fin du processus. Dans la présente recherche, c'est plutôt la thématisation séquenciée qui a été appliquée. Dans un premier temps, une partie du corpus a été utilisée et analysée dans le but de dresser une liste des principaux thèmes et d'élaborer une première ébauche de la grille de codification. Cette dernière a ensuite été testée et finalisée par le biais de deux accords inter-juges. Une fois arrivés à la grille de codification finale (annexe 11), cette dernière a été utilisée pour analyser l'ensemble du corpus. De cette analyse complète, 27 thèmes se sont dégagés de l'ensemble des propos des participants, thèmes qui sont présentés de façon détaillée dans la section suivante.

Dans un deuxième niveau d'analyse, nous avons utilisé une analyse transversale, c'est-à-dire de l'ensemble du corpus, afin de dégager les tendances observables dans les propos des jeunes. Ce procédé a permis de déterminer dans quelle mesure les expériences des jeunes au sein de l'une de ces unités sont semblables ou différentes et à quels aspects ils accordent plus de signification. Cette analyse transversale vise et permet une synthèse explicative des propos recueillis (Deslauriers, 1991).

## *Résultats*

Dans ce chapitre, les propos des jeunes quant à plusieurs aspects de leur passage en thérapie seront présentés. Dans un premier temps, la question de la consommation des jeunes interrogés sera abordée en fonction de son évolution avant, pendant et après la thérapie, comment les jeunes se perçoivent en tant que consommateurs et les conséquences qu'ils ont vécues en lien avec leur consommation. Par la suite, les différents éléments directement liés au placement des jeunes dans l'une de ces unités seront exposés: les raisons du placement, les sentiments des jeunes face à celui-ci et les connaissances qu'ils avaient à propos de ces unités avant d'y être admis. De nombreux éléments propres à la thérapie seront ensuite traités puisque les jeunes rencontrés ont été invités à s'exprimer sur les buts et objectifs qu'ils s'étaient fixés, comment ils ont vécu avec les règlements et l'autorité, les éléments les plus et les moins appréciés de la thérapie, les apprentissages qu'ils y ont faits, les impacts que la thérapie a eus sur leur vie et finalement ce qu'ils ont pu retirer du processus de groupe. Un autre élément faisant partie de la thérapie, cette fois plus lié aux jeunes, sera également décrit : leur motivation. Plus particulièrement, on y apprendra ce qui a motivé les jeunes à s'impliquer, de quelle façon a évolué cette motivation au cours de la thérapie et ce que signifie « jouer une game » (ou jouer le jeu) pour les jeunes répondants. Les sentiments qu'éprouvent les jeunes par rapport aux intervenants et les représentations qu'ils se font d'eux seront présentés. Finalement, faisant plutôt référence à la période suivant la thérapie, les différentes formes de suivi dont ont bénéficié certains jeunes seront aussi présentées. Comme le soutien familial perçu par les jeunes a été un résultat surprenant de l'étude de Brunelle et al. (2006) et qu'il est un élément clé dans le traitement de la toxicomanie chez les adolescents, une partie de l'entretien s'y est intéressée. On y apprend comment les jeunes se

représentent un soutien parental positif, négatif et plus nuancé et comment ce soutien et ces relations ont évolué au cours de la thérapie. Les jeunes rencontrés ont été invités à s'exprimer sur la façon dont ils réagiraient si leur propre enfant avait un jour un problème de consommation. Certains jeunes qui ont fréquenté d'autres ressources d'aide se sont également prononcés sur celle qui a été la plus aidante et les raisons de cette efficacité de leur point de vue. Finalement, les jeunes ont été invités à se mettre dans la peau du directeur des centres jeunesse et à partager ce que serait, pour eux, la thérapie idéale. Nous retrouverons donc une synthèse de leur propos à ce sujet sous forme d'éléments à inclure et/ou exclure de cette thérapie idéale.

### 3.1 La consommation

#### *3.1.1 La consommation avant, pendant et après la thérapie*

Le tableau 7 trace le portrait de la consommation des jeunes avant et après leur entrée en thérapie, plus précisément les substances consommées et leur fréquence. On peut y observer qu'avant la thérapie, tous les jeunes consomment de l'alcool, surtout de façon occasionnelle. Une grande majorité des jeunes consomment du cannabis quotidiennement. On remarque également que plusieurs jeunes consomment d'autres drogues, telles que de la cocaïne, des amphétamines, des speeds et des hallucinogènes, et ce, occasionnellement. Peu d'entre eux le font plusieurs fois par semaine.

Tableau 7

Portrait de la consommation des jeunes avant et après leur entrée en thérapie

	Quotidienne		2 à 3 fois par semaine		occasionnelle	
	avant	après	avant	après	avant	Après
Alcool			3	4	6	
Cannabis	7	8	2			
Cocaïne			1		3	
Amphétamines, speed			2		5	3
Hallucinogènes			1		6	
Héroïne, morphine, opiacée			1		1	
Inhalant, solvant					1	

\*Catégories non mutuellement exclusives

On remarque également qu'après la thérapie, soit au moment de l'entretien, presque tous les jeunes consomment du cannabis quotidiennement. Plusieurs d'entre eux consomment également de l'alcool à quelques reprises durant la semaine et, finalement, certains jeunes consomment toujours des drogues chimiques à l'occasion.

Bien que la consommation ne soit pas tolérée durant la thérapie, il n'y a qu'un faible nombre de jeunes qui sont demeurés abstinents. Quelques jeunes ont consommé des drogues pendant des sorties (pour les jeunes de La Croisée) et d'autres l'ont même fait à l'intérieur de l'une ou de l'autre unité.

De façon générale, les jeunes n'insistent pas sur les raisons qui ont fait en sorte qu'ils consomment ou qu'ils ne consomment pas, tant avant que pendant la thérapie. Un seul d'entre eux amène une hypothèse qui expliquerait la consommation des jeunes pendant la thérapie. Selon lui, les jeunes seraient tellement en réaction face aux intervenants et aux règlements et en colère lorsqu'ils sont dans l'unité qu'ils

consommeraient pendant leur sortie en guise de vengeance. Ils retireraient ainsi un certain plaisir à faire le contraire de ce qu'on leur demande dans le cadre de la thérapie. « [Les menaces] *ça amplifiait notre colère, on était vraiment en sale, cela fait que l'on voulait encore plus les faire chier, cela fait que quand on sortait, on se pétait encore plus la face* »

Dépendamment du jeune, la consommation actuelle représente une diminution, un arrêt, partiel ou complet, ou encore une certaine stabilité comparativement à la consommation au moment de l'entrée en thérapie. Les jeunes expliquent ces changements de différentes façons.

Ceux qui entendent une diminution dans leur consommation ou qui prévoient la diminuer l'expliquent par le changement dans leurs occupations de la vie courante. Par exemple, le fait d'avoir un jour des enfants pourrait amener un des jeunes à arrêter de consommer. Un autre affirme que c'est le fait de devoir aller travailler qui l'amène à moins consommer étant donné les responsabilités importantes qu'il doit assumer. Finalement, un jeune prévoit consommer un peu moins lorsqu'il effectuera un retour aux études. « *Tu sais comme là je vais aller à l'école, c'est sûr que je vais slaquer un peu ça, fumer moins, là c'était l'été puis tout, je me gelais en (nom d'une province)* » (Zachary, 17 ans)<sup>5</sup>.

D'autres jeunes ont plutôt cessé de consommer certaines substances en particulier, souvent les drogues chimiques, et ce, pour différentes raisons. Un jeune affirme ne

---

<sup>5</sup> Tous les noms cités sont fictifs.

plus en aimer l'effet, un autre considère que la substance est maintenant trop dispendieuse et un autre évoque des problèmes de santé.

*« Ce qui a fait que j'ai arrêté c'est que j'ai pété une crise, une attaque au cœur, j'ai fait deux attaques au cœur, puis en tous les cas, j'ai failli y rester. [...] j'ai été voir un médecin après puis là il a dit « pour tes crises, il faut que tu prennes un médicament, pour contrôler ton stress puis tout mais ces médicaments-là, tu ne peux pas prendre d'alcool, tu ne peux pas prendre de drogues rien ». Puis là il était là « si tu en prends, tu « fuck » tout, puis tu peux rester genre [...] Là moi j'ai fait « ah!!!! non ». Cela fait que là, c'est plutôt quand je prenais mon médicament, j'étais là « fuck, je ne veux pas boire, je ne veux pas péter une crise, je ne veux pas rester séquelles toute ma vie. Cela fait que c'est plus parce que j'avais peur de l'effet que ça faisait genre en prenant le médicament » (Frédéric, 19 ans).*

Des jeunes vont même jusqu'à ajouter que ces raisons ont agi en tant que facteur de protection puisqu'en leur absence, leur situation se serait détériorée, qu'ils seraient aujourd'hui « junkies » ou dépendants à d'autres substances.

*« Je suis allé là-bas, à (centre de traitement de la toxicomanie), c'était zéro consommation, pas du pot là mais, tu sais, c'est pour cela genre que, moi c'est ça qui m'a aidé le plus dans la vie, parce que peut-être que je serais en train de faire de la poudre ou des affaires de même » (Guillaume, 19 ans).*

Les jeunes qui ont dénoté une certaine stabilité dans leur consommation l'expliquent de différentes façons. L'un d'entre eux voulait ressentir à nouveau l'effet et ajoute même qu'il serait capable d'arrêter, mais qu'il aime consommer. Un autre dit consommer par habitude, sans raison particulière. Un autre affirme qu'il s'agit là d'un rituel à la fin de sa journée de travail.

*« Tantôt là, dès que je vais finir la job, je vais arriver chez nous puis je vais fumer un joint avant le souper, je vais fumer mon autre joint avant de me*



*coucher. Puis ça va être les deux seules fois [...] c'est comme, je vais prendre un exemple, comme un gars qui travaille sur la construction, il va vouloir sa bière à la fin de la journée, ça presse, c'est comme si ça serait ma dose de nicotine, ce n'est pas pour me geler puis ce n'est pas pour les mêmes raisons» (Gilbert, 18 ans).*

Un jeune affirme qu'il a continué à consommer parce que ses parents sont dorénavant plus tolérants face à sa consommation.

*« Parce que mes parents ils sont venus un petit peu d'accord tranquillement parce que là tu sais, ils voyaient que je vieillissais en même temps, tu sais vu que quand tu vieillis, à un moment donné, tu sais tu pognes 18, tu sais, maman elle te laisse un petit peu plus tranquille là tu sais. [...] je n'ai pas la permission de fumer ça mais, tu sais, je ne leur fait pas dans leur face... » (Louis, 18 ans).*

### 3.1.2 Type de consommateur

Pour qualifier le type de consommateur qu'ils croient être, les jeunes se réfèrent principalement à deux aspects de la consommation : la dépendance et les conséquences de la consommation sur leur vie. Plusieurs d'entre eux affirment qu'ils n'ont aucune dépendance, ou du moins qu'ils arrivent à exercer un certain contrôle sur leur consommation. En effet, près de la moitié des jeunes affirment qu'ils seraient en mesure d'arrêter de consommer n'importe quand, dès qu'ils le voudraient. Selon eux, ils ne deviennent pas « fous » s'ils n'ont pas leur dose, ils ne se rendront jamais trop loin, ne sont pas « accrochés » là-dessus ou encore ne sont pas dépendants. *« Je ne suis pas vraiment accro là tu sais, c'est ça, si je peux en profiter à tous les jours j'en profite tu sais » (Zachary, 17 ans).*

Plusieurs d'entre eux tentent aussi de démontrer qu'ils ne sont pas dépendants en minimisant l'ampleur de leur consommation ou en relativisant la gravité selon leurs propres repères. Ils considèrent qu'ils ne sont pas de « gros » consommateurs parce qu'ils ne consomment pas beaucoup, parce qu'ils ne consomment que des produits du cannabis ou encore parce que leur consommation n'est pas encore problématique selon eux. L'un d'eux affirme qu'il ne consomme pas beaucoup en regard de ses critères personnels. *« Je suis tranquille sur la drogue, de la peanut j'en prends, peut-être deux ou trois fois par semaine, du pot j'en fume tout le temps »* (Maxime, 19 ans). Toujours en relativisant la gravité de leur consommation, certains d'entre eux affirment ne pas avoir de problème de consommation, mais que ce sont plutôt les intervenants qui en voient un.

*« Ils ne trouvaient pas cela normal que moi je fume un joint le soir tu sais avant de me coucher, tu sais puis que le matin je vais à l'école. Puis eux autres ils ne trouvent pas cela normal, si tu fais ça tu n'as pas une bonne vie quoi ? Tu n'es pas, tu es un consommateur, un toxicomane genre »* (Zachary, 17 ans).

En donnant sa propre définition de ce qu'est quelqu'un qui a une réelle dépendance aux drogues, un jeune justifie pourquoi il ne se considère pas ainsi.

*« [...] tu sais pour moi un vrai problème c'est que le gars il est pogné sur la roche bien raide, cocaïne, puis il est bien pogné là-dessus, il a une dépendance physique, quand qu'il n'en a plus, « man » il capote tu sais, tu le vois dans ses yeux qu'il en a besoin, ça c'est un problème tu comprends. [...] Ça c'est un problème de consommation, mais quelqu'un tu sais qui, tu sais comme moi, tu sais, je fume tout le temps puis, ça ne crée pas de problèmes, ça dérange personne que je fume »* (Zachary, 17 ans).

Les jeunes rencontrés traitent aussi des impacts qu'a leur consommation sur leur vie pour se définir en tant que consommateur. Le tiers d'entre eux estiment être capables de gérer leur consommation et de bien vivre quand même, de fumer leur joint sans que cela ne leur crée de problèmes, que tout va bien, qu'ils consomment mais ne font plus de « conneries ». Bref, leur consommation n'interfère pas avec le bon déroulement de leurs activités quotidiennes.

*« Je ne me cache pas tu sais, je fume du pot encore puis tout mais tu sais, ça ne nuit pas à ma vie de tous les jours, je suis capable de payer mon loyer, de payer mon épicerie, tu sais ma bouffe, puis tu sais aller à l'école, puis travailler sans que ça me nuise » (Éli, 18 ans).*

### 3.1.3 Conséquences liées à leur consommation

À la lumière de cette dernière section, nous constatons que la plupart des jeunes rencontrés ne se considèrent pas comme étant dépendants à une ou des SPA ou encore qu'ils banalisent l'ampleur et la gravité de leur consommation. Pourtant, plus des deux tiers d'entre eux font mention de conséquences négatives directement liées à leur consommation. Plusieurs jeunes rapportent avoir subi des conséquences négatives au plan physique dues à leur consommation telles que des crises d'anxiété, un « bad-trip », avoir fait le « bacon » par terre ou une surdose ou encore avoir perdu beaucoup de poids.

*« J'ai perdu 80 livres en trois ou quatre semaines [à cause du PCP]. Oui, oui, tu sais je pesais 190 livres puis je suis descendu à 110 livres là, en trois ou quatre semaines, ça n'a pas d'allure (rires) [...] je suis devenu maigre comme ça ne se peut pas, j'étais maigre comme un clou » (Maxime, 19 ans).*

D'autres vivent quant à eux des conséquences négatives au plan psychologique. Ils rapportent effectivement qu'ils ont moins d'entregent, sont moins sociables à cause de la drogue, que celle-ci nuit à leur concentration et qu'ils en perdent la mémoire. « *Je viens légume, ça c'est vrai, je m'en rends compte* » (Louis, 18 ans).

Enfin, certains croient que la consommation les a amenés à commettre des délits ou encore qu'elle a nuit à leur cheminement scolaire.

*« C'était comme tout ce qu'engendrait la consommation, tout le temps, comme qui déplaisait au monde. [int : Comme quoi, comme qui ?] Oui, bien c'est ça, c'était vraiment avec ma famille autant comme à l'école [...] des affaires qu'après ça je me fais retirer de l'école »* (Éli, 18 ans).

### 3.2 Le placement

#### 3.2.1 Les raisons ayant mené à un placement

Les jeunes rencontrés évoquent pour la plupart plus d'une raison justifiant leur placement au Dôme ou à La Croisée dont la délinquance, la toxicomanie et d'autres problèmes de comportement. Le fait d'avoir commis un acte délictuel, qu'ils nomment niaiserie, connerie, crime ou délit, ou encore tous les problèmes qui en ont découlé ont fait en sorte que les jeunes se sont vus placés en centre jeunesse.

*« Oui, c'est vraiment la délinquance parce que, la délinquance m'apportait à consommer, en consommant là mes autres problèmes ils ont embarqué puis c'est là qui a fait le, comme le...la croûte autour, puis ça a comme tout cicatrisé le tout, cela fait que c'était vraiment un noyau, c'était par rapport à la délinquance »* (Gilbert, 18 ans).

La consommation est aussi, selon les jeunes, responsable de leur placement en thérapie en centre jeunesse, que ce soit le fait qu'ils consomment en soi ou encore qu'ils aient fait une rechute. Plus particulièrement, ce sont les conséquences qui découlent de cette consommation ou de la rechute qui sont pointées par les jeunes.

*« Ma consommation, c'était vraiment ça. Je fumais pas mal tout le temps du pot là [...] c'était comme tout le temps, tout ce qu'engendrait la consommation comme qui déplaisait au monde, [...] c'était vraiment avec ma famille autant comme à l'école, tu sais, je fume pas mal, je suis tout « vedge », tu sais je dors à l'école, tu sais je n'écoute pas, des affaires de même, des affaires qui font qu'après ça je me fait retirer de l'école » (Éli, 18 ans).*

Finalement, certains des jeunes rencontrés ont rapporté avoir aussi éprouvé des problèmes familiaux qui ont mené à un placement en centre jeunesse, notamment des conflits avec leurs parents et le désaccord de ces derniers avec la consommation de leur fils.

*« [...] puis mes parents étaient tannés que je consomme pas mal de drogue, puis ils m'ont, il fallait que je retourne au centre d'accueil [...] je me suis fâché avec mes parents, quelque chose de même, puis là eux ils ont comme fait là c'est assez » (Maxime, 19 ans).*

### 3.2.2 Volontaires ou non-volontaires ?

À la lumière des raisons évoquées par les jeunes, on ne peut manquer de se questionner sur la volonté des jeunes à suivre une telle thérapie. On observe alors que

seulement le tiers d'entre eux y sont allés de façon volontaire. Il est toutefois important de spécifier que ce qui motivait leur volontariat était qu'ils évitaient ainsi certaines situations telles que d'être placés dans une autre unité plus sévère, de devoir déménager ses effets personnels dans un autre centre ou encore de comparaître devant la justice. « [int : Est-ce que tu étais volontaire ?] *Bien si on veut, pour ne pas passer en Cour là j'ai été volontaire* » (Guillaume, 19 ans).

En ce qui concerne les autres, soit les deux tiers des jeunes rencontrés, la décision de suivre une thérapie a été prise par de tierces personnes, contre leur gré.

*« Bien mon travailleur social [...] bien de pas mal tout le monde, tout le monde voulait que j'aille là [...] bien non, moi je ne voulais pas [...] tout le monde qui était autour de moi, mes éducs, ma mère,[...], mais moi je ne voulais pas aller là-bas »* (Zachary, 17 ans).

### 3.2.3 Les sentiments et réactions face au placement

Les sentiments éprouvés par les jeunes à l'annonce de leur placement sont majoritairement négatifs, un seul d'entre eux évoquant un sentiment positif puisqu'il avait lui-même demandé à aller dans l'une de ces unités. « *J'ai été accepté, cela fait que j'y ai été [...] oui, c'est ça, j'étais mieux là qu'à (autre unité du centre jeunesse)* » (Marc-André, 20 ans).

Pour les autres jeunes, les sentiments éprouvés lorsqu'ils ont appris qu'ils devaient aller suivre une thérapie sont plutôt des sentiments négatifs, allant du

mécontentement, au désaccord ou à la fuite. La plupart d'entre eux expriment leur mécontentement en mentionnant qu'ils ne voulaient pas y aller, ni suivre le programme, qu'ils n'étaient pas en accord avec la décision, que celle-ci leur déplaisait, que cela ne les tentait pas. « *Je ne voulais pas y aller, je me sentais mal* » (Maxime, 19 ans).

Pour d'autres, le mécontentement s'exprime en faisant référence à un sentiment de révolte, d'agressivité et de frustration. « *Cela fait que oui, j'ai capoté là, j'étais, je pense que j'étais encore plus frustré la deuxième fois [premier placement dans une autre unité, deuxième placement à La Croisée] de rentrer au centre d'accueil [...] j'étais plus frustré là* » (Frédéric, 19 ans).

Le tiers des jeunes rencontrés ont fui à l'annonce de leur placement, leur fugue étant de durée variable.

« *Je me suis sauvé même avant, j'apprenais que je partais là-bas puis j'étais parti. Je suis parti en fugue [...] je n'avais pas l'intention de partir, c'est juste que je n'avais pas l'intention d'aller au Dôme* » (Maxime, 19 ans).

Des jeunes ont plutôt été surpris en apprenant qu'ils devaient aller en thérapie soit parce qu'ils ne s'y étaient pas préparés, ne savaient pas ou ne comprenaient pas ce qu'ils y feraient.

« *Je ne comprenais pas trop [...] j'étais comme sous le choc un peu, je me suis couché mais en espérant peut-être de me réveiller puis que je ne sais pas, c'était seulement moi qui était en train d'halluciner [...] il me semble*

*que ça s'est passé trop vite là, tu sais d'habitude tu vois les choses venir tu sais mais là... » (Éli, 18 ans).*

La peur est un sentiment éprouvé par le tiers des jeunes rencontrés lorsqu'ils ont appris qu'ils devaient suivre la thérapie. Cette crainte concernait le suivi qu'ils auraient, le fait de se retrouver en centre jeunesse ou la menace de devoir y demeurer jusqu'à leur majorité. *« C'est sûr que c'était une crainte parce que je n'ai jamais, je n'ai jamais connu les centres jeunesse, ça n'a jamais été un milieu que j'aurais voulu connaître puis que je voulais connaître » (Gilbert, 18 ans).*

#### *3.2.4 Connaissance préalable du Dôme ou de La Croisée*

Lorsque questionnés à savoir ce qu'ils connaissaient du Dôme ou de La Croisée avant même d'y être admis, la plupart des jeunes affirment qu'ils s'en étaient fait une idée plutôt négative, tant sur le fonctionnement de l'unité que sur les jeunes qui s'y trouvent. Selon eux, c'est une unité qui, comparée aux autres unités du centre, est la pire, parce qu'elle est très sévère, plus stricte, plus encadrée et qu'on n'en sort pas facilement.

*« Le Dôme c'est comme reconnu pour être la pire unité du centre jeunesse, le monde là-bas ils sont chiants, ils font, ils sont, ils vont, ils n'arrêtent pas là, ce n'est pas comme les autres unités, ils ne te laissent pas tranquille » (Maxime, 19 ans).*

Les participants rapportent aussi certaines conceptions qu'ils avaient des jeunes se trouvant au Dôme ou à La Croisée avant d'y être eux-mêmes placés. Certains croyaient que les jeunes étaient des fous, des consommateurs extrêmes, des gens



différents des autres. *« C'était une place de « fuckés », une place de bizarres [...] tu regardes par la fenêtre tu les vois tous debout, qui ne bougent pas, en « enligne », tu sais, [...] ça fait un peu bizarre comme place »* (Éli, 18 ans).

L'un d'eux croit que la thérapie du Dôme est très difficile et que les jeunes doivent présenter certaines caractéristiques pour arriver à passer à travers.

*« C'était une thérapie qui était plus « tough », puis que c'était la seule thérapie que je n'aurais jamais voulu faire de ma vie [...] très difficile, qui demandait beaucoup puis que, il faut avoir un bon fond, il faut avoir un bon fond parce que quand qu'ils rentrent dans quelqu'un, ils rentrent »* (Gilbert, 18 ans).

Près de la moitié des jeunes ont quant à eux affirmé ne rien connaître ou presque sur la thérapie avant d'y entrer. *« Vraiment pas, je ne savais rien »* (Zachary, 17 ans).

### 3.3 La thérapie

#### 3.3.1 Buts et objectifs fixés par les jeunes

Les buts et objectifs que les jeunes se sont fixés au début de leur placement sont généralement en lien avec leur consommation, la façon dont allait se dérouler la thérapie ou encore, dans un cas plus isolé, en lien avec les relations familiales. En ce qui concerne la consommation, un seul jeune exprime qu'il avait le désir d'arrêter

complètement de consommer. « *C'était d'arrêter de consommer [...] c'était de tout arrêter* » (Antoine, 20 ans).

La plupart de ceux qui avaient un but en regard de leur consommation souhaitaient plutôt la modérer et non l'arrêter. Concrètement, les jeunes voulaient diminuer, « slacker », « ralentir la pédale », cesser les excès ou arrêter de consommer des substances particulières, par exemple les drogues chimiques.

*« Je voulais juste, oui consommer quand que je voulais mais... « straight » genre que, tu sais, tu fumes un joint tu fumes un joint c'est tout, tu n'en fumes pas 10. Cela fait que c'est ça que je voulais moi dans le fond, contrôler, pouvoir en prendre quand je veux mais sans excès »* (Frédéric, 19 ans).

Un autre jeune abonde en ce sens, mais spécifie que ce n'est pas tant la quantité ou la fréquence de sa consommation qu'il souhaite diminuer mais bien les conséquences liées à sa consommation, limiter la perte de contrôle.

*« Ce que je voulais à priori, c'est d'être capable comme d'être dans la matière grise, être capable de consommer, être capable de tout faire, avoir sa blonde, avoir soit son appart [...] d'avoir une job, de recommencer l'école, puis de faire toutes tes affaires, d'avoir ta routine de vie pareille, sans nécessairement que tout soit consacré sur la drogue »* (Gilbert, 18 ans).

Les jeunes rencontrés partagent aussi qu'ils n'avaient qu'un but en tête en entrant dans l'unité, soit d'en sortir. Certains le concevaient à très court terme en disant qu'ils souhaitaient fuguer, sortir de là alors que d'autres y faisaient référence à plus long terme en désirant faire leur temps sans plus. « *Je me suis botté le cul puis là je me suis*

*dit : arrête de niaiser là, plus tu fais ça vite, plus tu vas être sorti d'ici vite » (Éli, 18 ans).*

Un seul jeune affirme qu'il avait un but en lien avec ses relations familiales. « *Les objectifs dans le fond que moi je trouve que je m'en suis mis, de tout cela, c'était ma relation avec mes parents genre, c'était ça que je voulais, c'était mon but » (Louis, 18 ans).*

### *3.3.2 Les règlements, les statuts, l'autorité*

Bien que le Dôme offre un milieu d'encadrement qui soit fermé et que La Croisée soit de type ouvert, il demeure que les deux unités ont en commun un certain nombre de règlements qui régissent les comportements des jeunes. Ces derniers doivent se plier à une programmation détaillée, s'adonner à des activités obligatoires et effectuer un certain nombre de tâches dans l'unité. Les jeunes rencontrés ont donc été invités à s'exprimer sur cet aspect de la thérapie. De façon plus détaillée, ils parlent de la façon dont ils vivaient dans un milieu de vie ainsi encadré, de la vision qu'ils ont des règlements en général et ce qu'ils représentent pour eux et finalement, des règlements qui sont, selon eux, exagérés.

Plusieurs jeunes affirment avoir vécu plutôt difficilement avec les règlements. Selon eux, c'était difficile, dur, il y en avait beaucoup trop, cela faisait en sorte qu'ils décrochaient ou que leur colère éclatait. « *Ah, c'était dur pour moi, bien là tu sais,*

*c'est n'importe qui, tu sais, du jour au lendemain tu te fais donner des règles »*

(Guillaume, 19 ans).

D'autres affirment n'avoir eu aucun problème à vivre avec des règlements, qu'ils n'avaient aucune misère puisqu'ils y voyaient un certain sens.

*« Les règlements je n'ai pas de misère à vivre avec ça là, tu sais je veux dire, c'est juste des affaires tu sais qui t'apprennent à être normal, tu sais comme après chaque repas il faut que tu laves tu fais le ménage [...] c'est sûr que là-bas ils mettent peut-être un peu plus ça gros mais tu sais, en réalité, moi c'est sûr que chez-nous il n'y a pas quelqu'un qui me crie « let's go les gars on continue » mais tu sais, ce n'est pas grave, je le fais pareil, tu sais tu n'as pas le choix, tu sais c'est sûr que là tu te sens comme obligé mais tu sais quand tu arrives dehors tu sais tu vois pleins d'affaires que tu faisais là-bas puis que tu fais maintenant » (Éli, 18 ans).*

D'autres se montrent plus indifférents aux règlements, ils s'en accommodaient, trouvaient que ce n'était pas si pire. Ils les respectaient et ne leur accordaient pas plus d'importance puisqu'ils se rendaient compte que cela fait partie de la vie.

*« Bien, je les respectais là, je m'en foutais là tu sais, je les respecte, c'est en pas les respectant que ça va être plus long là. Cela fait que mettons que je les respectais puis tout puis que tu sais que je faisais mes affaires » (Zachary, 17 ans).*

Certains jeunes évoquent cependant que les règlements étaient, selon eux, exagérés. Devoir faire trop de ménage, ne pas avoir suffisamment de temps pour étudier, ne pas avoir le droit aux « piercings », ne pas être autorisés à porter des vêtements de marque, ne pas pouvoir se parler en langage de rue, de devoir modifier la façon de tenir leur cigarette ou encore de devoir demeurer à proximité des

intervenants lorsque leur comportement n'était pas adéquat sont tous des règlements identifiés par les jeunes comme étant abusifs et trop sévères.

*« Puis là c'était rendu qu'ils parlaient de ne plus mettre de linge de marque puis plus de... plus de en tout les cas, des (sacre) de conneries [...] c'est genre qu'il ne faut plus que tu t'identifies, il ne faut plus que tu aies aucune image, il ne faut plus que... plus de hip-hop, plus rien [...] vraiment extrême, là vraiment exagéré, puis ça a fait des coches intenses » (Frédéric, 19 ans).*

Un jeune rapporte une vision toute particulière des règlements et de leur utilité.

*« Si tu veux que le monde t'aime, si tu veux que le monde te respecte là-bas il faut que tu suives les règlements le plus possible pour te faire respecter du staff » (Gilbert, 18 ans).* Ce même jeune se figure d'ailleurs la hiérarchie à l'instar d'une pyramide, dans laquelle le jeune équivalait à l'esclave.

*« La hiérarchie du Dôme [...] c'est vraiment comme une pyramide, [...] une pyramide tu as le pharaon, puis ça descend tout le long, le roi, puis ça descend jusqu'au clergé. Nous autres, on arrivait là, ceux-là qui n'ont aucun membre qui n'ont rien, qui n'ont quasiment pas d'autorité, on est comme des esclaves, on doit se plier aux exigences des autres, les membres-responsables, les chefs, les expéditeurs, [...] la hiérarchie, cela fait que le vieux-membre lui, il se faisait commander par le staff, [...] le chef d'unité commande les staff puis le chef d'unité se fait commander par le directeur du centre jeunesse. Après ça tu as le vieux-membre, vieux-membre qui gère les membres-responsables, membre-responsables qui vont gérer les nouveaux-membres, les nouveaux-membres peuvent se faire gérer par les staff, par le vieux-membre, par les membres-responsables, par le chef d'unité, par le directeur, cela fait qu'à la fin, on était vraiment comme, une bestiole, on était capable de se faire écraser d'un coup de pied très facilement là, c'était aussi simple que ça. [...] tu es esclave, parce que c'est toi qui fallait qui torche, c'est toi qui fallait qui lave, c'est toi qui fallait qui fasse tout » (Gilbert, 18 ans).*

Dans cet extrait, le jeune fait mention des statuts et de rôles leur étant rattachés, ce qui fait directement référence au Dôme puisque le fonctionnement de cette unité

reposait effectivement sur un système hiérarchique. Les jeunes qui ont fréquenté cette unité s'expriment pour la plupart sur cet aspect de la thérapie, certains affirmant que les statuts ne les dérangent pas, trouvent que plus ils montaient plus ils avaient de privilèges, « *tu es juste privilégié, tu dis aux autres quoi faire (rires)* » (Maxime, 19 ans). Le fait de se faire dire quoi faire par des pairs ne semble pas affecter les jeunes outre mesure, « *que ce soit n'importe qui, moi, si ça me tente de l'écouter, je vais l'écouter mais si jamais ça ne me tente pas, je n'écouterai pas* » (Éli, 18 ans). Rappelons que peu après la tenue de cette recherche, Le Dôme avait apporté des changements majeurs quant au système hiérarchique.

Un jeune rapporte même avoir volontairement fait en sorte de perdre son statut n'étant pas capable d'assumer les responsabilités qui y étaient liées.

*« Je me suis rendu membre-responsable [...] je l'avais, puis je l'ai gardé longtemps, j'étais chef, puis là ils m'ont, ils ne m'enlevaient plus mon chef, là à un moment donné j'étais tanné, j'ai pété une coche, j'ai tout pété [...] à un moment donné tu es écœuré, [...] tu as « full » de pression »* (Antoine, 20 ans).

### 3.3.3 Éléments les moins appréciés et aidants de la thérapie

De façon presque unanime, les règlements et l'autorité sont ce que les jeunes ont le moins aimé de leur passage dans ces unités thérapeutiques. Ils ont détesté tant le fait qu'ils soient trop sévères, voire même abusifs ou exagérés, que ce à quoi les

règlements les obligeaient (faire sa chambre, se lever tôt, etc.) ou encore qu'ils soient instables ou ambigus.

*« Bien, dans le fond, ce n'était pas vraiment de leur faute, ils ne savaient pas vraiment où ce qu'ils allaient, c'est juste de la façon qu'ils, qu'ils imposaient leur programme, c'était comme, « nous autres on dit que c'est de même c'est de même ». Puis là après ça deux semaines après ils changent, c'est comme « t'es mêlé avec ton programme, attends là ». Ça je n'ai pas aimé ça mais à part ça c'était bien cool » (Frédéric, 19 ans).*

Exclusivement pour le Dôme, l'application de certaines mesures telles que les « enlignes » ou les arrêts d'agir constituent l'élément le moins apprécié et le moins aidant de la thérapie. Les « enlignes » étaient des séances auxquelles participaient tout le monde de l'unité, tant les intervenants que les jeunes, et au cours desquelles on faisait le point sur un comportement d'un jeune en particulier qui déplaisait au reste du groupe. Toutefois, au moment de la fermeture du Dôme, cette pratique ne se faisait plus depuis plusieurs mois déjà.

*« Bien, les adresses puis les enlignes, je trouve que ça [...] bien je ne sais pas, tu sais, je veux dire euh, à la limite tu sais je ne suis pas obligé de me mettre debout les mains dans le dos pour te dire que ton attitude elle n'a pas sa place puis que dans le fond il faudrait que tu la changes. Tu comprends, parce que tu sais on reste là trois heures, en avant debout parce qu'ils en ont cinq à passer, [...] ça ce n'est pas vraiment bon là tu sais, je veux dire à la limite tu es capable de dire « hey, viens ici, assis toi, ce que tu as fait tantôt ce n'était pas le fun, pourquoi tu as fait ça » » (Éli, 18 ans).*

Près de la moitié des jeunes participants affirment ne pas avoir aimé la thérapie en général, sa structure, le programme dans sa globalité et les valeurs de base qui sous-tendent la thérapie. Un d'entre eux apporte une explication intéressante concernant le fait de n'avoir rien aimé.

*« Qu'est-ce que je n'ai pas aimé... C'est dur tu sais, j'étais rebelle là-bas, tu sais, cela fait que tu sais ma réponse serait tout. Mais tu sais, si j'y pense qu'est-ce que je n'ai pas aimé, là, je ne sais pas là tu sais. Dans le fond il n'y avait rien à ne pas aimer, c'était moi qui étais rebelle tu comprends ? »*  
(Guillaume, 19 ans).

Un jeune rapporte avoir vécu une mauvaise expérience lorsqu'il s'est confié au groupe. Cet événement, plutôt isolé, est l'élément qu'il a le moins apprécié au cours de la thérapie.

*« Une autre chose en même temps négative un peu du Dôme que j'ai moins appréciée, les staffs nous encouragent à parler, ils nous encouragent à être vrais, à une ouverture d'esprit, puis s'exprimer aux autres, sans nécessairement se cacher, avoir confiance aux autres. Tu as le culot de te lever, puis d'aller te présenter devant onze personnes, onze jeunes, les staffs, des fois les suppléants, puis des fois des professeurs qui descendent, tout dépendant. Mettons qu'on est quinze, ils sont quinze devant moi, je suis le seul gars, tout seul, j'ai les bras dans le dos, tu commences à parler, tu vis tes émotions en parlant, la seule affaire que tu entends tout le long, c'est « arrête de nous mentir, c'est des foutaises ! » ok, pourquoi tu me demandes de conter de quoi, pourquoi tu me demandes de faire de quoi ? Si ( ? ) on me blâme, on me renie, on me dit que je mens, que je suis malhonnête, que je suis ci, que je suis ça. Regarde, c'est « fine », je vais me refermer entre moi-même puis je ne parlerai plus, je ne dirai plus rien. Puis c'est ce que j'ai fait, et j'ai refusé d'en parler tout le long, j'ai arrêté de parler de mes problèmes»* (Gilbert, 18 ans).

Certains jeunes considèrent aussi que leur propre attitude avait un rôle à jouer dans leur cheminement puisqu'ils estiment que dans leur cas, c'est leur propre attitude qui ne s'est pas révélée aidante. *« J'avais pas mal ancré dans ma tête que je ne voulais pas être là, puis ça, ça ne m'aidait pas »* (Maxime, 19 ans).



Un autre jeune estime que c'est le fait de s'être retrouvé avec d'autres jeunes comme lui qui ne l'a pas aidé à cheminer à travers la thérapie. « *Tu sais, tu mets 12 gars ensemble, tu sais, c'est sûr que ça n'avance à rien [...] c'est ça qui ne m'a pas aidé justement, d'être avec d'autres comme moi* » (Guillaume, 19 ans).

### 3.3.4 Éléments les plus appréciés et aidants de la thérapie

Les éducateurs, plus précisément la relation que ceux-ci entretenaient avec les jeunes, sont évoqués spontanément par plusieurs répondants, tant comme étant un élément qu'ils ont aimé ou qui leur est venu en aide. Les jeunes ont apprécié le fait que les éducateurs étaient toujours là pour eux, qu'ils pouvaient leur parler en tout temps, qu'ils étaient corrects et qu'ils avaient un équilibre d'esprit.

*« Ce que j'ai aimé le plus c'est que tu sais, on ne peut pas dire que là-bas il n'y a pas personne pour t'écouter, parce qu'il y a tout le temps quelqu'un cela fait que si tu te sens seul c'est parce que c'est toi qui ne veux pas parler là parce que tu sais c'est ça, il y a tout le temps quelqu'un qui veut t'écouter »* (Éli, 18 ans).

Les activités thérapeutiques ont aussi été appréciées des jeunes et sont reconnues comme ayant été aidantes dans leur cheminement. Que ce soit le cinéma thérapeutique, la gestion de la colère, les sports ou les rencontres de fin de semaine en groupe ou en individuel, les jeunes s'entendent pour dire que ce sont là des activités qui leur plaisaient.

*« Bien j'aimais ça, pas mal parler de mes fins de semaine, moi les retours de semaine qu'ils faisaient je trippais, j'aimais ça. Quand on faisait des retours en groupe là, quand qu'on parlait de notre semaine qu'on parle de*

*peu importe, moi j'aimais ça, j'avais hâte que ce soit mon tour » (Frédéric, 19 ans).*

Un autre élément apprécié des jeunes est la présence de sorties. Cet aspect de la thérapie ne concerne toutefois que La Croisée puisqu'il s'agit, rappelons-le, d'une unité ouverte alors que le Dôme était une unité fermée. Les jeunes qui ont séjourné à La Croisée rapportent qu'ils ont aimé les sorties au cinéma ou à la piscine. Toujours en lien avec les sorties, un jeune confie quant à lui que d'en avoir été privé lui a été aidant dans sa thérapie.

*« Bien c'est parce qu'il y a une couple de fins de semaine qu'ils m'ont coupées que j'étais supposé de faire des affaires « freak » là, puis je ne les ai pas faites parce que je ne suis pas sorti » (Frédéric, 19 ans).*

Des jeunes affirment quant à eux n'avoir absolument rien aimé de leur passage dans l'une de ces unités et/ou que rien ne leur est venu en aide. *« Je n'ai rien aimé là-bas, [...] il n'y a rien que j'ai aimé, [rien ne l'a aidé] vraiment pas sérieux [...] non, aucunement » (Zachary, 17 ans).*

### *3.3.5 Apprentissages réalisés au cours de la thérapie*

Les jeunes rapportent avoir réalisé des apprentissages suite aux activités thérapeutiques, sur le plan de la consommation et finalement sur le plan personnel.

Les jeunes ont identifié quelques notions qu'ils ont apprises dans les activités de gestion du stress et de la colère qu'ils ont pu mettre en pratique une fois sortis.

*« Quand tu es stressé tu joues avec quelque chose là [...] ou des petits trucs sur le coup, c'est comme quand tu es frustré, bien à la place de cogner l'autre bien tu parles de la situation [...] que tu sais, tu ne le regardes pas croche. La façon dont tu réagis corporellement » (Frédéric, 19 ans).*

Les activités sur les habiletés de communication se sont avérées aussi utiles aux jeunes une fois de retour dans leur propre milieu de vie.

*« C'est sûr que là asteure, que quand qu'il se passe des petits événements, comme mettons je me pogne avec mon beau-père, il y a plein de choses, comme habiletés de communication, des ci des ça, tu sais qui revient en ligne de compte que là « ah ok, là je pense », puis là tu sais [...] bien ne lui baisse pas les yeux, comme les habiletés de communication dans le fond » (Louis, 18 ans).*

La thérapie a aussi donné aux jeunes certains outils ou trucs pouvant leur venir en aide dans leur démarche liée à leur consommation. Un jeune affirme qu'il a compris en thérapie que de consommer dès qu'il a un problème n'est pas une bonne chose et qu'il doit trouver un autre moyen de s'exprimer.

Sur le plan personnel, les jeunes ont aussi fait des apprentissages qui leur sont maintenant utiles dans leur vie de jeunes adultes. Un d'entre eux y a appris à être plus persévérant, à ne pas se fâcher à la première contrariété. Un autre a appris à se faire un budget, à se responsabiliser financièrement. Le fait de devoir effectuer certaines tâches ménagères telles que le ménage est souligné par plusieurs jeunes et constitue l'un des principaux apprentissages rapportés.

*« Mais c'est sûr que oui c'est plate nettoyer puis tout mais ça m'a aidé en « tabarnouche » aujourd'hui. Aujourd'hui je suis rendu maniaque de la propreté, je suis rendu une bête là-dessus [...] ma chambre était en bordel, mon linge pouvait traîner à terre pendant une semaine, aujourd'hui il n'y a pas une graine de poussière à terre, le matin je me lève puis je fais mon ménage de chambre comme si j'étais au Centre jeunesse, c'est des valeurs qui sont restées et qui m'ont été inculquées là-bas puis que j'apprécie beaucoup plus parce qu'aujourd'hui ça m'aide. Je sais que plus tard, je vais avoir une maison qui va être propre » (Gilbert, 18 ans).*

### *3.3.6 Répercussions et impacts de la thérapie*

Une fois sortis de la thérapie, les jeunes sont en mesure d'identifier les impacts et les répercussions que celle-ci a maintenant sur leur vie. Ces répercussions sont remarquables dans différentes sphères de la vie des jeunes : sur leur parcours scolaire, sur leur philosophie et leur vie en général, sur leurs comportements, sur leur consommation et sur le plan relationnel. Pour la plupart, les jeunes décrivent des répercussions positives et dans quelques cas, ces impacts sont illustrés de façon plus négative.

#### *3.3.6.1 Répercussions et impacts positifs de la thérapie*

Le fait d'avoir été en thérapie aura aidé certains jeunes dans leur parcours scolaire. Par exemple, l'un d'entre eux est retourné à l'école une fois en thérapie alors qu'il avait décroché à l'extérieur. Un autre avoue que la thérapie lui aura permis de passer à travers quelques années scolaires. Un jeune affirme toutefois qu'il a dû

prendre un cours de mathématiques moins avancé parce qu'il n'avait pas suffisamment de temps à consacrer à ses études à cause de la programmation.

La thérapie a aussi influencé la vie en général des jeunes et leur philosophie de vie. Être allé en thérapie a, selon certains, fait en sorte qu'ils aient évité des ennuis ou même qu'ils soient toujours vivants. *« Ah oui, je ne suis peut-être pas mort (rires) peut-être que je pourrais être mort en cet instant, si je n'avais pas été enrhumé là-bas [int : pourquoi ?] overdose, ou des dettes, ça aurait pu être n'importe quoi »* (Maxime, 19 ans).

De se retrouver en thérapie a complètement changé les idéologies de certains jeunes et leur a permis de découvrir de nouvelles avenues ou perspectives. *« Ça m'a comme fait découvrir d'autres projets puis d'autres rêves que j'avais que tu sais, que de me droguer toute ma vie [...] ça m'a montré d'autres choses dans ma vie »* (Éli, 18 ans).

La thérapie s'est aussi répercutée sur les comportements des jeunes, amenant certains d'entre eux, par exemple, à cesser leurs activités délictueuses ou encore à s'impliquer dans les sports. D'autres cherchent des solutions alternatives à la violence et prennent maintenant le temps de réfléchir avant d'agir dangereusement, du moins davantage qu'avant. *« Disons qu'il y a des affaires que aujourd'hui, je suis là ah non, je ne fais pas ça, puis hier c'était comme go on y va [...] comme je ne sais pas là, sauter en bas d'un toit d'une église »* (Maxime, 19 ans).

De vivre dans un milieu de vie encadré a aussi habitué certains jeunes à avoir une meilleure hygiène de vie et les amène à structurer davantage leur vie depuis leur sortie.

*« Bien tu sais comme là, peut-être que si je n'étais pas passé au Dôme, tu sais je n'aurais peut-être pas une facilité autant tu sais à m'établir un budget, tu sais m'établir des affaires puis tout [...] Puis c'est pour ça là, tu sais je me disais « à quoi ça peut servir tu sais une programmation, puis ci, monter ci ». Je ne sais pas, astheure je le comprends là, [...] dans le fond là je n'ai pas le choix, si tu travailles le lendemain, tu ne peux pas te coucher à quatre heures du matin. Tu sais tu te couches de bonne heure, puis ton ménage il faut que tu le fasses puis comme ta chambre, ok, peut-être pas le lit au 90 mais ton lit le matin il faut que tu le fasses pareil. » (Éli, 18 ans).*

La thérapie a aussi eu des répercussions positives sur les relations sociales des jeunes, particulièrement au plan familial. Près de la moitié des jeunes rencontrés estiment qu'ils se sont rapprochés de leur famille et qu'ils sont maintenant outillés pour faire face à des conflits familiaux. *« Du côté tu sais avec mes parents tu sais, j'ai appris comme une autre façon d'entrer en contact avec eux autres que tu sais, par les demandes, comme des oui, oui... » (Éli, 18 ans).*

D'autres jeunes estiment que la thérapie les a aidés en ce qui a trait aux relations avec leurs amis en les rendant plus sociables, capables d'entrer en relation. L'un d'eux a pris conscience de ce qu'était l'amitié.

*« Puis la thérapie elle a changé que, j'ai compris pas mal d'affaires sur l'amitié là, il y a du monde qui m'ont ouvert les yeux sur c'est qui mes vrais amis, puis c'est vraiment eux autres qui l'ont fait, ce n'est personne d'autre » (Frédéric, 19 ans).*

Une thérapie pour la toxicomanie a aussi des impacts sur la consommation des jeunes, du moins c'est ce qui est souhaité. Deux tiers des jeunes rencontrés estiment que la thérapie a fait en sorte qu'ils ont arrêté de consommer complètement durant un certain temps ou encore diminué ou arrêté leur consommation de drogues chimiques. « *[Ma consommation] elle a changé, bien ça l'a fait diminuer, sérieusement, ça l'a fait diminuer* » (Maxime, 19 ans).

D'autres jeunes affirment que grâce à la thérapie, ils réfléchissent maintenant à leur consommation, sont conscients qu'il y a un temps pour chaque chose et estiment savoir maintenant quand s'arrêter. « *Bien je réfléchis plus à ma consommation [...] je ne me rendrai jamais trop loin, dans la rue puis plus rien avoir, tu sais que j'ai tout dépensé ma paie, il ne me reste plus rien, comme un innocent* » (Antoine, 20 ans).

### 3.3.6.2 Répercussions et impacts négatifs de la thérapie

Contrairement à ce qui serait attendu suite à une thérapie telle que celle offerte au Dôme ou à La Croisée, des jeunes estiment que leur consommation n'a pas été affectée, ou du moins pas positivement. « *Tu sais là ça n'a rien changé, je suis allé là puis tu sais ça n'a rien changé avec ma consommation* » (Zachary, 17 ans). Un autre ajoute même qu'en plus de ne pas l'avoir aidé au point de vue de sa consommation, la thérapie a fait en sorte qu'il a essayé davantage de substances. « *Je suis rentré là je fumais du pot, puis là je suis sorti de là je faisais pire. C'est ça la réalité [...] j'ai commencé à essayer des affaires puis tout* » (Guillaume, 19 ans).

Bien que la plupart des jeunes soient en mesure d'identifier des conséquences positives de la thérapie en lien avec les relations sociales, quelques uns d'entre eux estiment qu'elle s'est plutôt avérée nuisible, les rendant plus renfermés, solitaires, moins aptes à entrer en relation avec les autres.

*« C'est pour cela que j'ai de la misère à teure à parler devant toi ou devant tout le monde, ou devant ci, on dirait que je ne suis pas... avant je n'avais vraiment pas de misère, je pouvais tu sais parler, je ne me cherchais pas comme dans mes mots ce que je veux dire » (Louis, 18 ans).*

D'autres jeunes estiment plutôt que la thérapie a fait en sorte qu'ils ont perdu du temps, qu'ils n'ont pas vécu leur adolescence et ont manqué ainsi des occasions significatives dans la vie d'un adolescent telles que le bal des finissants. Quelques uns jugent que la thérapie les a fait réfléchir, qu'ils ont fait certaines prises de conscience, par exemple que ce qu'ils faisaient (vols) n'était pas correct.

Les jeunes évoquent aussi d'autres impacts ou conséquences de la thérapie qui prennent plutôt l'aspect de cas isolés. Un jeune affirme que la thérapie l'a fait engraisser, un autre qu'elle a fait en sorte que ses parents lui parlent davantage en termes thérapeutiques, qu'il est plus minutieux ou encore qu'il a commencé à écrire des chansons. Un des jeunes avoue que la thérapie l'a même amené à se questionner sur son orientation sexuelle.

*« Vers la fin je me pensais homosexuel. Parce qu'à force de me retrouver avec des gars, puis jamais me retrouver avec des filles [...] puis le fait que moi j'étais différent, tu le sais comment que je m'habillais ? [...] Là-bas ça a été fou parce que tout le monde me disait que je l'étais » (Gilbert, 18 ans).*



### 3.3.7 Processus de groupe

Afin de constater quels facteurs thérapeutiques se sont avérés les plus significatifs, importants et déterminants dans le cheminement des jeunes, ces derniers ont été invités à raconter un évènement s'étant déroulé au sein du groupe et qui a été le plus significatif pour eux au cours de leur thérapie. À la lumière des définitions fournies aux pages 44 et 45 du contexte théorique, il est possible d'identifier quel facteur thérapeutique est illustré dans le récit du jeune. Trois des dix facteurs d'aide thérapeutique ont été plus particulièrement rapportés par les jeunes.

Le partage d'information est l'un des facteurs qui a été le plus important pour les jeunes au cours de leur thérapie. Les jeunes ont apprécié recevoir de l'information et des conseils, mais plus particulièrement lorsque ceux-ci provenaient de leurs pairs. Ces derniers, ayant vécu des situations semblables et partageant le même vécu en thérapie, comprennent peut-être mieux leurs confrères et sont ainsi souvent plus aptes à donner ce genre d'avis qu'un intervenant.

*« Il y en avait un que je m'entendais quand même pas pire avec cela fait que là tu sais, c'était l'histoire de la Saint-Jean puis je ne pouvais pas sortir cette semaine-là [...] j'étais parti pour faire une fugue, puis ce gars-là il m'a dit genre « wo wo wo, attends un peu » il m'a parlé puis je ne l'ai pas fait » (Louis, 18 ans).*

L'espoir que suscite le fait d'être en groupe a aussi été très apprécié des jeunes répondants. Les différentes activités de la thérapie (activités du matin, partages, etc.) permettent aux jeunes d'être en contact avec le vécu des autres et est générateur

d'espoir. Le fait que les jeunes n'en soient pas tous au même point dans la thérapie permet à ceux qui commencent de voir d'autres qui achèvent et de garder espoir de s'en sortir à leur tour.

*« Une activité qu'il fallait que tu contes ta vie au complet, tu avais trois heures pour toi [...] tous les jeunes y ont passé puis, j'en ai appris des affaires sur chaque jeune. Puis quand je l'ai fait ils ne m'ont pas jugé puis, il y en a même qui ont dit que, tu vois dans le fond tu n'es pas si pire puis que tu peux t'en sortir, si eux autres ils sont capables, tu es capable »* (Frédéric, 19 ans).

Finalement, le dernier facteur d'aide thérapeutique le plus fréquemment évoqué par les jeunes rencontrés est l'imitation. Tout au long de la thérapie, ils sont en contact avec d'autres jeunes et observent les comportements de ceux-ci et surtout l'impact de ces comportements. Ainsi, ils peuvent tenter de reproduire ces comportements ou non. L'extrait suivant illustre plutôt un jeune qui en observe un autre et qui décide de ne pas répéter les mêmes comportements pour ne pas se retrouver dans la même fâcheuse situation.

*« Parce que là-bas aussi tu vois du monde qui en ont fait plus que toi puis là tu les regardes puis tu fais « non, tu sais, je n'ai peut-être pas le goût de me rendre là »* (Éli, 19 ans).

### 3.4 Motivation, implication

#### 3.4.1 Ce qui a amené le jeune à s'impliquer

Les jeunes, de façon presque unanime, ont affirmé qu'ils se sont impliqués davantage dans la thérapie dans l'espoir de quitter le centre. « *Quand j'étais sur le système de sortir j'étais impliqué à 9 [/10] bien 8 [/10] mettons [...] quand je voulais sortir de là parce que je faisais tout ce qu'ils voulaient mais j'en passais pas mal qu'ils ne voyaient pas* » (Maxime, 19 ans).

Un d'entre eux a mentionné que c'est le système de récompenses qui l'amenait à s'impliquer.

*« Tu sais les sorties qu'ils faisaient au cinéma puis tout ça, ça j'ai aimé ça par exemple, il y en avait des bons points là. Ça c'est vrai que ça donnait le goût, si tu passais une belle semaine tu avais une activité à la fin de la semaine. Ça c'était vraiment cool, ça j'aimais ça »* (Frédéric, 19 ans).

Un autre élément qui a influencé l'implication de plus de la moitié des jeunes rencontrés est l'impact que celle-ci pouvait avoir sur la durée du traitement. En sachant qu'il ne restait plus beaucoup de temps à leur placement ou encore que ce dernier passerait plus vite en s'impliquant, plusieurs jeunes ont effectivement redoublé d'ardeur dans leur démarche en thérapie.

*« À un moment donné au Dôme tu finis par comprendre que tu n'as comme pas le choix veux veux pas de t'impliquer parce que si tu ne t'impliques pas,*

*tu vas rester collé là, puis tu peux rester collé là longtemps en sale» (Éli, 18 ans).*

Pour d'autres jeunes, ce sont plutôt les liens ou les discussions avec leur entourage qui ont affecté leur implication au cours de la thérapie. Un jeune rapporte que le soutien et les conversations avec ses parents lui permettaient de continuer dans son cheminement et de ne pas abandonner. Pour un autre, c'est une discussion déstabilisante avec sa travailleuse sociale qui lui a fait prendre conscience de sa chance et l'a poussé à participer et s'investir dans la thérapie.

*« C'est une discussion à un moment donné avec ma travailleuse sociale qui m'a fait allumer, [...]. Elle me parlait de plein d'affaires là puis j'ai fait comme « oui, dans le fond c'est vrai, tu sais, il faut que je me bouge le cul ». Tu sais elle me disait [compare sa situation à des jeunes encore plus dans le besoin que lui] ils ne chialent même pas parce que tu sais ils sont habitués comme cela puis toi tu as tout, puis tu chiales, puis tu ne peux même pas en profiter parce que tu es ici » (Éli, 18 ans).*

Certains jeunes expliquent leur motivation par le fait qu'ils voulaient éviter certaines conséquences négatives telles qu'un prolongement de sentence ordonné par la Cour, avoir à subir des « enlignes » devant les autres ou encore se mettre les autres jeunes de l'unité à dos.

*« J'allais faire les sports pareil mais je ne bougeais pas, tu sais je sortais pareil pour ne pas faire chier les jeunes. Puis je faisais mon ménage de chambre pareil. Puis quand qu'on faisait des retours de semaine, je les faisais pareil [...] oui je savais quoi faire pour ne pas faire chier les autres » (Frédéric, 19 ans).*

Plus particulièrement, un jeune a confié que c'est le fait de voir qu'il vieillissait et que s'il continuait, il pouvait fort bien se retrouver en prison, ce qu'il voulait éviter.

*« Je me suis dit que j'arrivais bientôt à 18 ans puis tout, cela fait qu'il faudrait peut-être que je me raisonne un peu là, parce que sinon je vais peut-être faire dur après là. C'est le temps là, ça ne sera plus le temps en prison puis tu sais, tu vas faire ton temps pour vrai, là, tu n'auras pas de sorties la fin de semaine, puis tu sais tu n'auras pas de sorties pour aller travailler » (Éli, 18 ans).*

### 3.4.2 Comment a évolué leur niveau de motivation

Trois principaux patrons de comportements se dessinent lorsque les jeunes décrivent l'évolution de leur implication dans la thérapie. Le plus souvent rapporté est celui d'une évolution croissante ou du moins, stable. Le jeune à son arrivée est rigide dans sa position, il ne veut pas participer au programme et ne s'implique qu'au strict minimum. Puis, souvent vers la fin de la thérapie, pour une raison ou pour une autre, le jeune s'implique davantage.

*« Sur un an et quelque, j'ai été à peu près huit mois dans ma chambre, neuf mois (rires) [...] mon plan c'était vous n'allez pas m'avoir, puis ils ne m'ont pas eu tant que ça, mais ils m'ont eu quand même. C'est comme obligatoire, après huit mois dans ta chambre tu commences à te faire un lavage de cerveau » (Maxime, 19 ans).*

L'autre trajectoire type est une implication continuellement en alternance. Le jeune vit des périodes à travers lesquelles il est motivé et s'implique puis survient un évènement qui affecte à la baisse son niveau d'implication. *« Tu sais ça allait bien deux mois, tac ! Une petite niaiserie genre tu sais, je rentrais de la drogue là, là ça allait bien deux mois, une autre affaire là. Tu sais c'était tout le temps par petite « shut » » (Louis, 18 ans).*

Finalement, la troisième forme d'évolution de la motivation est celle où un jeune s'implique dès le départ, mais une fois la fin de la thérapie imminente, sa motivation tombe au plus bas parce qu'il sent que sa motivation n'influence plus la suite de son cheminement.

*« Oui, j'étais quand même impliqué [...] bien à la fin j'ai eu une baisse là [...] bien j'étais écoeuré puis je savais que j'allais m'en aller de toute façon [...] je ne participais plus aux réunions [...] c'est ça, à la fin, moi je n'avais plus rien à dire » (Antoine, 20 ans).*

### 3.4.3 Jouer une « game »

Après s'être exprimés sur ce qui est parvenu à les motiver et sur l'évolution de leur implication, les jeunes ont été invités à commenter ce que plusieurs ont rapporté dans la première étude : avoir « joué une game » ou « joué le jeu » tout au long de la thérapie. Tous les jeunes rencontrés affirment avoir agi ainsi lors de leur passage dans l'une de ces unités. Tous à leur façon, ils définissent ce que veut dire le terme « jouer une game » : avoir raconté une grosse joke, avoir joué dans un jeu, avoir joué son rôle, s'être conduit comme un « crosseur », un malhonnête ou un « foney », avoir manipulé les intervenants ou encore s'être conformé. À l'unanimité, ils s'entendent pour dire qu'ils ne se sont pas conduits de façon authentique. *« Bien oui, moi j'ai fait ce que j'avais à faire là puis tout, je les ai fourrés bien raide [...] j'ai bourré plein de merde » (Zachary, 17 ans).* L'un d'eux illustre ce que représente « jouer le jeu » à l'aide d'un exemple concret. *« Tu sais, je veux dire, il y a du monde qui vont chanter,*

*moi je ne chante pas mais je vais faire semblant de chanter tu sais. Tu comprends qu'est-ce que je veux dire, je vais jouer la game »* (Marc-André, 20 ans).

Deux principaux comportements sont adoptés par les jeunes pour « jouer le jeu » : inventer des propos ou encore se conformer aux règlements et aux attitudes attendues. Les mensonges faits par les jeunes sont de divers ordres, allant de faire croire qu'ils se portent bien, d'inventer n'importe quoi à dire lors des réunions ou dire ce que les intervenants veulent entendre, voire même s'inventer des problèmes.

*« Je pouvais inventer des affaires [...] mettons pour qu'il [l'intervenant] se la ferme avec que je fume pour une raison bien là je lui disais bien ok, tu sais, bon, il est arrivé des affaires avec mon père, mais dans le fond je m'en (sacre) de ça »* (Guillaume, 19 ans).

L'autre comportement permettant aux jeunes de faire semblant de s'impliquer est de faire le strict minimum, ce qui est demandé sans plus. Ainsi, les jeunes ne s'attirent pas de problèmes, passent inaperçus et ne sont pas obligés de s'impliquer émotivement ou de se confier. C'est pourquoi ils disent respecter les règlements, essayer de ne pas trop se livrer personnellement, écouter et répondre aux intervenants sans s'investir réellement. *« Puis je n'ai pas fait la base de la thérapie là, j'ai suivi les règles, j'ai suivi les principes de base, tout le long, mais je n'ai pas fait le cœur de la thérapie »* (Gilbert, 18 ans).

De façon presque générale, les jeunes estiment que ces conduites sont normales, qu'ils ne sont pas les seuls à les adopter puisque selon eux, tous les jeunes admis dans une telle thérapie « jouent le jeu ». Selon eux, il s'agit d'un art, tous les jeunes le font,

tout est faux pour tout le monde, ils vont tous tenter de berner le système et les intervenants seraient étonnés de le constater.

*« Oui, tout le monde le fait, il n'y en a pas un qui ne l'a pas fait. Même le plus gentil l'a fait. C'est sûr et certain, tu fais tout le temps ça parce que quand tu rentres, la seule affaire que tu veux c'est de sortir. Ils te disent si tu fais ci, si tu fais ça, tu vas pouvoir sortir » (Frédéric, 19 ans).*

Selon plusieurs d'entre eux, cette conduite est inévitable, voire même une obligation. Les jeunes affirment qu'ils n'ont pas le choix de se conduire ainsi pour différentes raisons, par exemple s'ils veulent passer à travers ou encore ne pas être tout le temps isolés dans leur chambre. L'un d'entre eux nuance toutefois ces propos en spécifiant que les jeunes, même s'ils prétendent « jouer le jeu », tirent tout de même certains profits de leur passage en thérapie.

*« Ça doit dépendre du genre de personne qui joue une « game », mais même si tu joues une « game », à force d'être là puis qu'ils te parlent, à force d'entendre qu'est-ce qui se passe, tu prends conscience de certaines choses là, je ne sais pas là, pas conscience mais ça fait, des lumières qui allument là » (Maxime, 19 ans).*

### 3.5 Les intervenants

#### *3.5.1 Sentiments positifs vis-à-vis des intervenants*

De façon générale et presque unanime, les jeunes éprouvent des sentiments très positifs à l'endroit des intervenants des unités Le Dôme et La Croisée. Les principales



qualités que leur reconnaissent les jeunes sont leur disponibilité et leur écoute. Les intervenants sont reconnus pour être toujours là pour les jeunes, très ouverts, réceptifs, à l'écoute, pour donner de bons conseils et permettre aux jeunes de s'exprimer. L'un des jeunes parle même d'un pouvoir qui incite les jeunes à se confier.

*« Bien les éducateurs ils sont, ils sont pas mal tout le temps là, genre tu peux, ils sont ouverts, quand tu, tu demandes quelque chose, tu veux leur parler, ils sont tout le temps, il y a tout le temps quelqu'un là-bas. Ils sont plus réceptifs que des fois des autres places » (Maxime, 19 ans).*

Bien que les éducateurs soient en position d'autorité, plusieurs jeunes considèrent qu'ils sont « corrects ». Ils s'entendent pour dire qu'ils n'ont rien contre les intervenants et que s'ils se comportent correctement, les éducateurs en feront de même envers eux.

*« Bien, les intervenants c'est pas mal « A one » sérieux là, je n'ai pas, je n'ai rien à redire sur eux autres sérieux [...] Bien c'est une gang trippante, tu sais ils sont, tu sais si tu veux parler puis tu veux te faire écouter, bien tu sais ils vont être là. Mais tu sais, souvent, ils arrivent puis si toi tu fous la merde bien ils vont être là aussi, cela fait que c'est à toi de le prendre comme tu veux. Mais tu sais, si tu le prends du bon côté, tu vas voir qu'ils vont pas mal être cool puis qu'ils sont pas mal trippants puis qu'ils sont là plus pour t'aider que de te faire chier » (Éli, 18 ans).*

L'un d'eux arrive par contre à faire la part des choses et à nuancer ses sentiments envers les éducateurs. *« Je les aimais, j'étais en [sacre] après eux autres quand ils me mettaient dans ma chambre ou qu'ils me coupaient des fins de semaine mais deux jours après je revenais puis j'étais : « t'es hot ! » » (Frédéric, 19 ans).*

Plusieurs jeunes confient également que les intervenants leur manquent, qu'ils aimeraient beaucoup les revoir. L'un d'entre eux a affirmé qu'il leur ferait un câlin et les remercierait s'il les revoyait. Des jeunes ont le sentiment de s'être rapprochés considérablement des intervenants allant même jusqu'à les comparer à leur mère ou à leur père.

*« Je voulais me faire aimer des staffs, je voulais que les staffs m'aiment, c'était important pour moi parce que Yves, à la fin, c'était rendu comme mon troisième père là, il agissait comme cela « it too », tout le temps là à me gâter, à m'appeler mon homme, tu sais il agissait vraiment comme si c'était mon père[...] Puis Nicole elle a été comme ma mère de même tout le long, elle je lui confiais tout ce que j'avais de problèmes, je n'avais pas peur de brailler devant elle » (Gilbert, 18 ans).*

Plusieurs jeunes ont dit qu'ils s'entendaient bien avec les intervenants et ce, pour différentes raisons : ils avaient des points ou des passions en commun, ils étaient capables de s'amuser avec les jeunes en étant moins sérieux, ils n'étaient pas là que pour travailler et ils étaient toujours capables de faire ressortir tant le positif que le négatif dans les comportements des jeunes. *« Il y a des situations qui se sont passées en centre puis que c'était assez hilarant, puis ils ont ri de ça, les éducateurs ils niaient tout le temps avec toi, ils ne sont pas tout le temps sérieux » (Frédéric, 19 ans).*

Près de la moitié des jeunes considèrent que les bons éducateurs sont ceux ayant un passé de toxicomane. Selon eux, un éducateur qui vit ou qui a vécu une situation semblable à la leur ne les jugera pas et les comprendra mieux. Ils estiment que l'expérience de toxicomanie ou d'autres problématiques des éducateurs fait en sorte

qu'ils sont mieux placés pour parler aux jeunes et surtout, pour mieux les comprendre et les accompagner puisqu'ils savent par où les jeunes passent.

*« C'est sûr que quelqu'un qui a plus de vécu tu sais puis qu'il a déjà passé par où que tu as passé, tu sais, il va plus savoir de quoi tu lui parles sinon, une petite conne qui est là puis qui t'écoute là tu sais, puis qu'elle elle est là pour la paie, elle ne le sait pas là, tu lui parles, puis là « oui oui » puis là elle a appris, toutes les affaires qu'ils lui ont appris à son université ou l'école ou ce que tu voudras, tu sais, elle essaie de mettre ça mais en tous les cas » (Zachary, 17 ans).*

Plusieurs s'entendent pour dire que les éducateurs sont des personnes normales qui essaient seulement de faire leur travail de leur mieux, soit d'aider les jeunes. Malgré les apparences parfois trompeuses, ils ne sont pas là pour nuire aux jeunes, mais bien les aider. Les jeunes n'attribuent pas le blâme aux éducateurs même du fait que la thérapie ne fonctionne pas, mais les considèrent plutôt comme ayant les mains liées en étant soumis à leurs tâches.

*« ... il y a des fois que tu sais, « ah, ok, elle elle fait ça », ce n'était pas méchant, dans le fond c'était pour m'aider mais, en tout les cas, c'est fucké là-bas de qu'est-ce que c'est. [...] Ils sont soumis sous le principe de la DPJ, ça c'est de même que je vois ça puis, c'est plate parce que en même temps c'étaient des bonnes personnes mais tu sais, parce qu'elles sont obligées de faire leur job comme cela bien, c'est, ça fuck genre... » (Louis, 18 ans).*

### 3.5.2 Sentiments négatifs vis-à-vis des intervenants

Certains jeunes, bien qu'ils aient évoqué des sentiments positifs, se souviennent également des sentiments plus négatifs. Quelques-uns confient par exemple qu'ils ne

sont pas arrivés à s'attacher aux éducateurs, voire même à leur faire confiance et à se confier, du moins, pour certains aspects de leur cheminement.

*« Je n'avais pas nécessairement confiance en mon staff, certaines affaires oui j'ai confiance en toi dans ça, mais j'ai confiance en elle dans ça, dans lui en ça, dans ça, dans ça, tu ne peux pas avoir confiance en personne, tu sais, ça dépend qu'est-ce que tu as le goût, sinon tu vas voir, tu vas bloquer ou quoique ce soit. Tu sais si ta confiance c'est une fille, tu n'iras pas parler de, des problèmes que tu as eu avec d'autres filles, tu sais des affaires, de peur que elle te voit mal ou quoique ce soit. Sauf qu'avec un gars bien tu peux » (Gilbert, 18 ans).*

### 3.6 Le suivi

La plupart des jeunes affirment n'avoir eu aucun suivi suite à leur passage en thérapie ou du moins, ne pas s'en rappeler. Ceux-ci estiment aussi qu'ils n'en avaient pas besoin, que ce n'était tout simplement pas utile. *« Non, j'avais dit que j'en n'avais pas de besoin » (Éli, 18 ans).* Ce même jeune s'est fait offrir un suivi avec une autre ressource, mais il l'a refusé parce que *« recommencer avec quelqu'un d'autre, un autre lien de confiance, puis là parler puis parler, je ne sais pas, je jugeais que je n'en avais pas vraiment besoin ».*

Pour les deux seuls jeunes qui ont profité d'un suivi, l'expérience n'a pas duré longtemps pour diverses raisons. Un des jeunes affirme qu'un éducateur lui a téléphoné à quelques reprises, mais que comme il ne retournait jamais les appels par manque d'intérêt, l'intervenant a fermé le dossier. *« Après ça il a dit : « moi je ferme le dossier, je suis écoeuré » [...] je m'en foutais » (Frédéric, 19 ans).* Une autre

raison évoquée pour mettre fin au suivi est que le jeune trouvait que ça ne servait à rien, que ça ne l'aidait pas.

Bien qu'ils n'aient pas été nombreux à bénéficier d'un suivi, les jeunes s'expriment tout de même sur ce que devrait être un suivi ou sur ce qu'ils auraient aimé recevoir en guise de service. Un jeune estime qu'un suivi est utile et efficace seulement dans le cas où la personne concernée souhaite vraiment arrêter de consommer et éprouve certaines difficultés à le faire. Dans ce cas, un suivi peut être une source d'aide efficace alors que dans le cas contraire, cela ne s'avère pas très utile ou aidant. Un autre jeune s'exprime sur la modalité de suivi qui aurait pu lui convenir. « *Bien, c'est sûr que, suivi, genre qu'un éducateur vienne chez vous puis que, tu peux parler de ta vie, parler, juste parler, parler ça fait du bien, ça peut m'éviter une soirée de beuverie, ça peut m'éviter bien des affaires* » (Frédéric, 19 ans).

Sans être une modalité de suivi officielle, certains jeunes ont entretenu une certaine forme de contact avec les éducateurs de l'unité. Un d'entre eux a ressenti le besoin d'entretenir un lien plus étroit suite à sa thérapie. « *Pendant la première année, je rappelais quasiment à toutes les semaines, je voulais avoir des nouvelles tout le temps, tout le temps. Je retournais au deck-hockey, je retournais dans les activités* » (Gilbert, 18 ans).

Finalement, un seul jeune a mentionné ne vouloir entretenir aucun lien et que s'il retournait à l'unité, ça ne serait pas de gaieté de cœur.

*«Je ne veux pas retourner là-bas tu sais. Moi si je retourne là-bas, tu sais, c'est pour les faire chier tu comprends? Tu sais, je vais voir un éducateur puis je vais lui dire « man tu sais je n'ai pas aimé ça être là » puis tout, « puis tu m'as fait chier, tu n'as même pas idée, tu sais, puis je viens ici ce n'est pas parce que, tu n'as pas à être content de me voir moi je n'ai pas le goût de te voir tu sais » (Zachary, 17 ans).*

Ce même jeune nuance toutefois ses propos en confiant qu'il aimerait revoir un professeur qu'il appréciait particulièrement pour lui partager où il en est. Selon lui, il serait fier et content de l'entendre.

### 3.7 Les relations familiales, le soutien des parents

Dans la première étude menée par Brunelle et al. (2006), la question du soutien parental perçu a été investiguée à l'aide de la version française du questionnaire *Social Support from friends and from family (PSS-Fr, PSS-Fam)* (Procidano & Heller, 1983). Les résultats obtenus ont surpris l'équipe de recherche puisqu'un soutien parental plus négatif était perçu 12 mois après l'admission comparativement à un soutien plus positif au moment de l'admission. Étant donné que le jeune s'investit dans une démarche par rapport à sa consommation, que les parents sont invités à s'impliquer dans le traitement via différentes activités familiales, nous serions attendus à une amélioration dans les relations, ce qui va à l'encontre des résultats obtenus. C'est pourquoi la question du soutien parental perçu a été investiguée à nouveau dans ce projet de mémoire. Voyons d'abord les différents types de soutien dont ont parlé les jeunes rencontrés : un soutien parental positif, négatif et un soutien plus nuancé.

### 3.7.1 Ce que représente un soutien parental positif

Selon les jeunes rencontrés, un soutien parental positif se manifeste principalement de deux manières : une présence psychologique et une présence plus utilitaire. Plusieurs jeunes qui qualifient le soutien que leur apportent leurs parents comme étant positif estiment effectivement que ces derniers sont présents pour eux et le seront toujours, qu'ils sont toujours prêts à leur venir en aide, qu'ils sont disponibles pour les écouter, les encourager.

*« Ils m'ont tout le temps supporté, ils ne m'ont jamais lâché [...] ils disaient tout le temps qu'ils m'aimaient puis de ne pas lâcher puis que si j'ai besoin de quoique ce soit, bien ils vont tout le temps être là. Ils me faisaient tout le temps la morale tout le temps, tout le temps. Puis tout le temps une tape dans le dos » (Frédéric, 19 ans).*

Pour d'autres, leurs parents faisaient preuve d'un bon support en étant présents pour des besoins plus ponctuels ou en répondant à des besoins matériels. Par exemple, ils venaient les visiter au moment de la thérapie, leur donnaient l'argent et les articles dont leur fils avait besoin.

*« Je donne 110%, ils m'ont donné vraiment là tout ce qu'ils pouvaient mettre, le, tout, les chances qu'ils pouvaient descendre venir me voir, toutes les, en tous les cas, 110%, chapeau ! [...] puis ils venaient me porter des cigarettes » (Louis, 18 ans).*

### 3.7.2 *Ce que représente un soutien parental négatif*

Pour les jeunes interrogés, un soutien parental jugé négativement peut s'exprimer via trois principaux comportements : l'exaspération, la mauvaise communication et une relation paternelle difficile. Plusieurs jeunes ont effectivement associé l'exaspération de leurs parents à un soutien négatif. Selon eux, leurs parents n'en pouvaient plus de la consommation de leur enfant, ne savaient plus quoi faire, étaient tannés, fatigués. Tout ceci reflète selon eux un certain désengagement de leurs parents qu'ils expliquent comme un soutien plus négatif de leur part. « *Ils étaient découragés là, écoeurés [...] ils capotaient encore plus, puis c'est ça, ils ne savaient même plus s'ils allaient me reprendre* » (Frédéric, 19 ans).

Un problème de communication était aussi au cœur des relations parentales négatives rapportées par les jeunes, que ce soit le fait de se parler rarement ou d'entrer en conflit. « *On ne se parlait quasiment plus là [...] ma mère elle commençait à être tannée [...] bien elle a arrêté de me parler « it too » un bout* » (Antoine, 20 ans).

Parmi les jeunes qui rapportent une relation négative avec leurs parents, quelques uns le vivent particulièrement avec la figure paternelle. Le père absent, une mauvaise relation avec le père qui remonte à loin, un fils qui renie son père et une communication père-fils difficile ou impossible sont des situations vécues par le tiers de l'échantillon. « *J'ai toujours eu euh... tu sais j'ai toujours eu de quoi contre*



*mon père dans le fond, ce n'est pas il m'a agressé rien de ça mais c'est, c'est ça »*  
(Guillaume, 19 ans).

### *3.7.3 Ce que représente un soutien parental plus nuancé*

Quelques jeunes qualifient le soutien de leurs parents comme étant plutôt nuancé, se situant en fait dans la zone grise entre le négatif et le positif. Ces relations sont souvent qualifiées de houleuses, de changeantes, teintées de conflits et de réconciliations fréquentes. Par exemple, durant la thérapie, certains jeunes ont estimé que leur relation avec leurs parents et le soutien de ces derniers ont été à la fois positifs et négatifs. Dans certains cas, quelques semaines ont été nécessaires avant que la communication ne reprenne, dans d'autres cas, la relation a été houleuse tout au long de la thérapie ou encore le jeune était amer envers ses parents, mais tout de même content d'avoir leur visite.

*« Bien je ne leur ai pas parlé pendant je pense deux mois de temps. Je ne leur ai pas parlé. [int : Pourquoi ?] Parce qu'ils n'avaient pas d'affaire à me rentrer là dans ma tête [...] j'étais fâché [...] Après ces deux mois-là, bien je leur ai parlé tranquillement, ils venaient aux vendredis parents, puis genre, on faisait des activités, je leur ai parlé, mais ça arrivait quand même assez souvent qu'on se fâchait quand même, je n'étais même pas capable de leur parler sans me fâcher »* (Maxime, 19 ans).

Un autre jeune a par exemple été quelques mois sans voir ses parents à sa sortie de thérapie. Par la suite, il est retourné vivre chez eux, mais ils l'ont mis à la porte peu de temps après à cause de son comportement jugé inadéquat. Il demeure à nouveau chez ses parents qui l'obligent à terminer ses études sans quoi ils refusent

de le loger. Ce jeune se dit conscient de l'aide que lui apportent ses parents et compte collaborer. Pour un autre, la relation avec ses parents est moins positive depuis un certain temps, sans raison apparente.

*« La première année [après ma sortie de thérapie] ça a très bien été, on avait même une très bonne relation. La deuxième année, cette année-ci, c'est plus moche [...] mais honnêtement depuis trois ou quatre mois c'est l'enfer, je ne sais pas pourquoi. [...] on est tout le temps en train de s'engueuler, tout le temps, tout le temps, tout le temps » (Gilbert, 18 ans).*

#### *3.7.4 Comment a évolué la qualité du soutien parental perçu au cours de la thérapie*

Le tableau 8 illustre de quelle façon a évolué la qualité du soutien parental perçue par les jeunes en s'attardant aux périodes précédentes, concurrentes et successives à la thérapie. Les définitions qu'ont données les jeunes d'un soutien positif, négatif et plus nuancé ont servi de critères de classification pour l'élaboration de ce tableau. On peut constater qu'avant la thérapie, il y avait davantage de jeunes qui jugeaient que leur relation et que le support de leurs parents étaient plus négatifs que positifs. Ce partage s'explique peut-être du fait que la situation du jeune, avant d'entrer en thérapie, était probablement hors de contrôle ou contre la volonté de ses parents. Durant la thérapie, il y a davantage de jeunes qui perçoivent le soutien et la relation avec leurs parents comme étant positifs. Toutefois, certains d'entre eux se montrent plus nuancés et affirment que la relation est plus complexe qu'uniquement positive ou négative. Comme mentionné précédemment, les jeunes qui vivent des conflits et des réconciliations avec leurs

parents éprouvent tout de même des sentiments positifs envers eux qualifiant souvent la relation et le support de leur parents comment étant positifs et négatifs à la fois. Ces situations et sentiments sont donc présents pendant la thérapie contrairement à la période qui la précède. Finalement, si l'on compare la période qui suit la thérapie à celle qui la précède, on remarque qu'il y a davantage de jeunes qui perçoivent le support et la relation avec leurs parents comme étant positifs, moins de jeunes qui les considèrent comme étant négatifs et davantage qui les qualifient de façon plus nuancée.

Tableau 8

Perception du soutien familial et de la qualité de la relation

<b>Type de relation, soutien</b>	<b>Avant la thérapie (n)</b>	<b>Pendant la thérapie (n)</b>	<b>Après la thérapie (n)</b>
Positif	3	6	5
Négatif	6	0	1
Nuancé, parfois positif et négatif	0	3	3

### 3.8 Autres ressources d'aide auxquelles les jeunes ont eu recours

Certains jeunes ont bénéficié de services autres que ceux offerts par le Dôme ou La Croisée. Ils se sont donc exprimés sur ces services à savoir lequel avait été le plus aidant et sur les raisons qui expliquent pourquoi cela s'est avéré efficace ou non. Pour l'un d'entre eux, la ressource qui lui est le plus venue en aide est un

travailleur de rue parce que ses interventions étaient différentes de celles vécues en centre jeunesse.

*« Le travailleur de rue il ne dira jamais de ne pas consommer, son but lui c'est de t'encourager à arrêter. Il ne te dira pas « ah non non, ne fais pas ça », tu vas encore plus le faire, il ne faut jamais dire non, la pire affaire à faire, dis ça à un enfant « non non non non non ». L'enfant va le faire » (Gilbert, 18 ans).*

D'autres jeunes ont plutôt expliqué pourquoi selon eux certaines ressources ne se sont pas avérées aidantes concernant leur consommation. Pour eux, le fait de raconter leur semaine à d'autres jeunes qui consomment aussi n'est pas efficace.

*« Mais en fin de compte, le lundi après-midi tu revenais là, tu faisais « ah, on va aller compter notre fin de semaine à d'autres buzzés » (rires) » (Maxime, 19 ans).*

Finalement, les jeunes disent que les services d'un psychologue ne se sont pas avérés efficaces puisqu'ils ne voyaient pas l'intérêt de se confier à nouveau à quelqu'un d'autre.

*« Au début ça marchait, j'étais content, j'aimais ça lui parler, mais à un moment donné je me suis rendu compte qu'il parlait plus de sa vie que moi. Cela fait que, j'ai comme fait « ta gueule, c'est moi qui paye » » (Frédéric, 19 ans).*

### 3.9 Et si son propre enfant avait un problème de consommation...

Tous les jeunes rencontrés s'entendent pour dire qu'ils n'enverraient jamais leur propre enfant dans une thérapie telle que Le Dôme ou La Croisée, et ce, pour

différentes raisons. Tout d'abord, quatre d'entre eux affirment que leur enfant n'aura pas de problème de consommation, ou du moins n'en perdra pas le contrôle.

*« Anyway, je le sais que ma fille tu comprends elle va me respecter ou mon gars là tu sais, moi mon gars il n'aura pas ce problème là. [...] de consommation c'est une autre affaire mais de perte de contrôle [...] je vais aller le chercher en [sacre] au parc, tu vas voir, moi mon père il n'a jamais fait ça » (Guillaume, 19 ans).*

Dans le cas où leur enfant aurait un problème de consommation, quelques jeunes croient que leur propre vécu, tant du point de vue de leur consommation ou de leur passage en thérapie, les rendrait aptes et compétents à lui venir en aide. Selon eux, le fait d'expliquer à leur enfant où la consommation les a menés ou encore de leur raconter quelques anecdotes serait suffisant pour aider leur progéniture aux prises avec un problème de consommation. Les jeunes croient qu'ils seraient en mesure d'offrir un soutien adéquat à leur enfant en leur signifiant leur présence, peu importe ce qui pourrait arriver ou encore en leur offrant leur propre thérapie.

*« Je lui ferais sa thérapie, je lui ferais, je l'ai vécu moi, cela fait que pourquoi lui empêcher, j'ai tout le vécu, j'ai la même expérience qu'un staff, [...] pas parce qu'ils ont suivi des cours, parce que c'est toutes des personnes qui ont consommé comme moi, que tout ce qu'ils ont appris dans les cours c'est toute la même « califfe » d'affaire que les valeurs de base, ça revient tout au même, les cours qu'ils donnent, c'est des cours de base » (Gilbert, 18 ans).*

Finalement, certains répondants tenteraient d'autres méthodes avant d'en venir à placer leur enfant en thérapie. Par exemple, ils feraient en sorte de ne pas mettre de consommation à la vue de leur enfant, en supposant qu'ils consomment toujours

eux-mêmes, trouveraient une autre thérapie moins difficile ou encore modifieraient l'environnement de leur enfant comme en témoigne l'extrait suivant.

*« Je l'enverrais chez ma grand-mère, check, il y a dix mille façons. [...] Bien je l'enverrais tu sais, mettons chez ma grand-mère tu sais, dans la famille là tu sais, je l'enverrais prendre un break là mettons une couple de mois [...] ah oui ou je déménagerais tu comprends ? Des affaires de même »*  
(Guillaume, 19 ans).

Dans la même veine, les jeunes se sont exprimés sur des conseils qu'ils pourraient donner à des amis qui se verraient dans l'obligation d'aller en thérapie. Certains concernent des comportements à éviter, par exemple amener de la drogue en thérapie ou se confier à d'autres jeunes. D'autres concernent plutôt l'attitude à adopter en thérapie, soit de demeurer ouvert au changement ou encore d'être authentique. *« Ne joue pas de rôle, ne joue pas de jeu dans le fond. Reste toi-même là puis tu vas être correct tout le long puis [...] tu ne te feras pas taper sur les doigts, façon de parler »* (Louis, 18 ans).

### 3.10 Thérapie idéale

En guise de conclusion de l'entrevue, les jeunes devaient se mettre dans la peau du directeur des centres jeunesse et tenter de décrire ce que serait la thérapie idéale, en centre jeunesse, pour venir en aide aux jeunes ayant des problèmes de toxicomanie. Ils ont illustré leur pensée en énumérant des éléments à inclure ou à exclure qui sont présentés dans le tableau 9. Ces éléments touchent trois aspects principaux de la thérapie : les règlements et sanctions, l'ambiance ainsi que le

programme et son fonctionnement. Comme les répondants étaient invités à s'exprimer sans censure, nous retrouvons certains éléments qui sont réalistes et réalisables (par exemple l'ambiance chaleureuse, l'accueil des nouveaux, les activités), d'autres moins (que l'unité soit mixte, l'environnement, etc.) Il est également à noter que certains éléments sont contradictoires dépendamment de l'unité de provenance du jeune : l'un d'eux désire avoir des sorties (provenant probablement du Dôme) alors qu'un autre souhaite qu'il n'y en ait pas (provenant de La Croisée). Deux jeunes ont refusé de se prêter au jeu en affirmant qu'il n'y avait aucune thérapie idéale qui pourrait venir en aide aux jeunes toxicomanes en centre jeunesse.

Tableau 9

Éléments à inclure ou à exclure pour une thérapie idéale en centre jeunesse

Domaine	Recommandations des jeunes
Règlements et sanctions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas être une unité fermée</li> <li>• Interdire les sorties de fin de semaine</li> <li>• Permettre les sorties de fin de semaine, permettre aux jeunes de voir autre chose la fin de semaine que le centre</li> <li>• Ne pas menacer les jeunes, ne pas les manipuler</li> <li>• Ne pas couper les sorties ou les cigarettes</li> </ul>
Ambiance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'il y ait de l'harmonie dans l'unité</li> <li>• Que le jeune se sente bien à son arrivée, qu'il ne soit pas confiné à sa chambre</li> <li>• Que le jeune n'ait pas de questionnaires à son arrivée, qu'on l'accueille chaleureusement</li> <li>• Pas en centre jeunesse, pas de clôtures, dans un bel environnement</li> </ul>
Programme et fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que le programme soit adapté à chaque personne</li> <li>• Regrouper les jeunes en centre jeunesse par « sortes » de jeunes</li> <li>• Que la thérapie soit volontaire</li> <li>• Que les jeunes soient pris en charge plus tôt dans leur cheminement</li> </ul>

## *Discussion*



Les principaux résultats pouvant servir de guide à l'intervention seront discutés dans le présent chapitre. Ces résultats seront comparés à ceux que l'on retrouve dans la littérature et mis en relation avec les notions de base de la psychoéducation. Une brève discussion méthodologique de ce mémoire sera également présentée. Finalement, nous nous questionnerons quant à la pertinence et au réalisme de mettre en place des unités telles que Le Dôme et La Croisée.

#### 4.1 La consommation des répondants

Lorsque l'on compare la consommation des jeunes rencontrés avant et après la thérapie, on constate une certaine diminution, du moins une diminution de la gravité de la consommation. Avant la thérapie, la plupart des jeunes consommaient du cannabis quotidiennement, de l'alcool occasionnellement et quelques jeunes consommaient d'autres drogues (cocaïne, amphétamines, hallucinogènes) quelques fois par semaine. 12 à 18 mois après la thérapie, bien que presque tous les jeunes consomment du cannabis quotidiennement et de l'alcool occasionnellement, la consommation d'autres drogues se fait plus rare. Ces résultats confirment ceux obtenus dans l'étude de Brunelle et al. (2006) qui rapportaient une diminution de la gravité de la consommation de drogues. Les résultats obtenus à l'IGT-ado et au MASPAQ dénotent effectivement une baisse significative de la consommation d'alcool et d'autres drogues des jeunes en traitement.

En mettant en relief ces résultats avec les objectifs personnels que s'étaient fixés les jeunes, il apparaît clairement que la situation est plutôt positive. En effet, tel que

mentionné dans la section des résultats de ce mémoire, aucun des jeunes rencontrés n'avait l'intention de cesser toute consommation. La plupart souhaitaient plutôt en diminuer la fréquence ou encore cesser de prendre des drogues chimiques. Toutefois, si on observe ces résultats en lien avec les buts de la thérapie, la question de réussite/échec est plus nuancée pour une des unités compte tenu du fait que Le Dôme avait une visée d'abstinence. Par ailleurs, comme La Croisée se positionnait plutôt dans la perspective de la réduction des méfaits, une diminution de la gravité de la consommation, selon le point de vue du jeune, constitue un résultat qui va dans le sens des objectifs visés par le traitement.

L'intervention psychoéducative accorde une importance marquée à la définition des objectifs. Comme le souligne Renou (2005), les objectifs sont l'un des trois pôles principaux du modèle des dix composantes de Gendreau, avec les pôles du sujet et de l'intervenant. En effet, toutes les autres composantes satellites (contenu, moyen de mise en relation, temps, espace, code et procédure, systèmes de responsabilités, système d'évaluation et de reconnaissance) vont se définir en fonction de l'interaction sujet/intervenant et des objectifs. Renou reconnaît un certain nombre de caractéristiques que doivent respecter les objectifs d'une intervention psychoéducative. Il importe entre autres que ces objectifs représentent un « résultat désiré ». On doit donc se demander quelle est la situation à atteindre, dans ce cas-ci pour le jeune, et quelles sont l'urgence et l'importance perçues par ce dernier. Les objectifs doivent également être désirables et ce, tant par le jeune que par le mandat chapeautant l'intervention. En plus d'être désirables, les objectifs doivent également être univoques, c'est-à-dire compris dans le même sens par tous les acteurs de

l'intervention. Ajoutons que les objectifs doivent également être réalistes et réalisables. Les sujets doivent percevoir une possibilité de les atteindre et ultimement, ils doivent vivre un succès en lien avec ces objectifs.

Pour qu'une intervention en toxicomanie mène à des résultats positifs, les objectifs de la thérapie devraient être ciblés en considérant ces caractéristiques qu'évoque Renou. Les jeunes rencontrés, leurs intervenants et leurs parents n'avaient peut-être pas la même compréhension des objectifs ou tout simplement n'avaient pas les mêmes objectifs. Il est également possible que les jeunes ne percevaient pas l'abstinence comme étant atteignable et réaliste compte tenu de leur âge ou encore que celle-ci n'était tout simplement pas désirée. Toutes ces considérations ainsi que le fait que les jeunes consomment toujours une fois sortis de la thérapie ont peut-être contribué au fait que les sentiments des jeunes face à la thérapie soient plus négatifs et qu'ils reconnaissent difficilement l'utilité qu'une telle thérapie pourrait avoir pour leur propre enfant par exemple.

Une bonne alliance entre l'intervenant et le jeune ainsi que l'implication de la famille dans le traitement sont des éléments essentiels pour que les objectifs fixés correspondent aux attentes de chacun (Prince & Lamoureux, 2002) et augmentent ainsi les probabilités que le jeune vive un succès à travers le processus de changement de sa consommation.

## 4.2 La famille dans le traitement

Des changements en ce qui concerne le soutien familial perçu par les jeunes sont également remarquables à la lecture des résultats de ce mémoire. Dans l'étude de Brunelle et al. (2006), c'est en fait une baisse de ce soutien qui fut observée entre le premier temps de mesure (à l'admission) et le dernier (12 mois après l'admission). Ce résultat avait surpris l'équipe de recherche puisque c'était plutôt une amélioration qui était attendue. En effet, puisque le jeune s'impliquait dans une démarche concernant sa consommation et que sa famille était invitée à s'impliquer dans cette démarche, une amélioration dans les relations familiales et une perception d'un plus grand soutien étaient prévisibles. Dans ce projet, lorsque l'on compare la période ayant précédé la thérapie à celle qui la suit, on remarque une augmentation du nombre de jeunes qui perçoivent le soutien familial qu'ils reçoivent positivement et une diminution du nombre de ceux qui le perçoivent négativement. D'autres jeunes, par leurs propos nuancés, se montrent plus ambivalents face au soutien qu'ils perçoivent de leurs parents. Ils vivent maintenant des périodes d'harmonie, lesquelles sont suivies de périodes plus conflictuelles suivies de réconciliations. Bref, on peut constater que les jeunes se positionnent moins dans les extrêmes que lors de la première étude quantitative lorsqu'il est question du soutien qu'ils perçoivent de leurs parents et nuancent davantage leur propos.

Différentes hypothèses peuvent expliquer ces changements dans la relation parent/enfant. Quelques unes de ces hypothèses proviennent d'intervenants à qui les résultats de l'étude de Brunelle et al. (2006) et de ce mémoire ont été présentés. Tout

d'abord, il faut tenir compte du processus de maturation qui s'est opéré entre le moment de la rencontre pour ce projet et l'étude précédente. La majorité (18 ans), de par les nouvelles responsabilités et la nouvelle réalité de vie qu'elle impose, peut influencer la relation parent-enfant. De plus, le passage d'un milieu de vie très encadrant (centre jeunesse) à un autre moins encadrant (le milieu familial) peut amener le jeune à se questionner par rapport au soutien et à l'encadrement qu'il reçoit de ses parents, chose qu'il ne faisait peut-être pas avant la thérapie. Bien que les rôles et les responsabilités de chacun soient bien différents, les jeunes étaient peut-être portés à comparer le soutien qu'ils ont reçu de la part des éducateurs à celui que leur offrent leurs parents. On a également soulevé le fait que les parents, déçus et épuisés par la consommation de leur enfant qui persiste, se détachent quelque peu de la situation de leur enfant, lequel peut à son tour interpréter ce détachement comme un moins bon soutien. Il est également possible que les jeunes, en raison de tout le cheminement personnel réalisé en thérapie, ressentent au retour à la maison un décalage entre eux et leurs parents, ce qui peut contribuer à des relations différentes de celles présentes auparavant. Il est également probable que les mois passés séparés les uns des autres nécessitent que les jeunes et les parents réapprennent à vivre ensemble. Finalement, les jeunes s'éloignent peut-être tout simplement volontairement de leur famille à cause de leur âge et des changements qui se présentent dans leur vie.

Ces hypothèses ne sont toutefois pas confirmées par le discours des jeunes recueilli dans le cadre de ce mémoire. En effet, les jeunes parlent plutôt d'un soutien plus nuancé que d'un soutien négatif à la suite de la thérapie. Rappelons que pour

eux, un soutien parental négatif réfère à un sentiment d'exaspération de la part de leurs parents, à une mauvaise communication et à une relation paternelle difficile. Ces résultats confirment la richesse des entretiens qualitatifs dans un tel projet de recherche. Dans un premier temps, les résultats quantitatifs ont permis de mettre en évidence un résultat étonnant, soit celui que les jeunes perçoivent un moins bon soutien parental suite à la thérapie. Par contre, ces résultats ne nous permettent pas d'interpréter et d'explorer de quelle façon cette perception du soutien s'est modifiée. Ce que les jeunes décrivent dans ce projet comme étant un soutien plus nuancé était fort probablement compris dans la portion du soutien négatif du portrait obtenu dans l'étude quantitative. C'est là que les devis de recherche qualitatifs, particulièrement avec une vision phénoménologique, deviennent plus que pertinents. Dans le cas présent, nous avons ainsi pu obtenir un éclairage supplémentaire et en sommes arrivés à une meilleure compréhension des résultats quantitatifs. Nous avons ainsi eu accès à la façon dont les jeunes ont vécu ces changements dans les relations et le soutien parental mais surtout, au sens qu'ils ont donné à ces modifications et l'interprétation qu'ils en ont faite.

Lorsque l'on consulte la littérature, on conclut rapidement que d'inclure la famille dans le traitement contribue à la rétention et au succès de ce dernier (Bertrand et al., 2006; Grella & Joshi, 2003; Plourde et al., 2002; Santé Canada, 2001; CPLT, 2001; Robbins et al., 2006). Dans le modèle de base des dix composantes de Gendreau, la famille apparaît intégrée dans la composante « sujet ». Au cours des dernières années, le modèle des dix composantes a été bonifié et est devenu un modèle comprenant 13 composantes (Prince et Lamoureux, 2002). Ainsi, dans le modèle

présenté aux intervenants des unités pilotes dans le cadre du projet Boscoville 2000 (projet qui vise à sensibiliser les éducateurs en centre jeunesse au modèle psychoéducatif), la famille constitue une composante en elle-même puisqu'on lui reconnaît une importance particulière, tout comme le « groupe de pairs » et les « autres professionnels ». On considère que les parents sont les co-animateurs de l'intervenant et qu'ils doivent être associés dans la définition des objectifs. Les parents deviennent même des acteurs essentiels dans l'atteinte des objectifs puisqu'ils assurent une partie des interventions dans le milieu familial. Une fois que le soutien plus intensif prend fin, ce qui est notamment le cas de cette étude à la fin de la thérapie, ce sont les parents qui sont appelés à prendre le relais auprès du jeune dans sa démarche de réadaptation. Les auteurs affirment même que les parents deviennent une condition *sine qua non* à la continuité de l'action auprès des jeunes en difficulté.

Dans le discours des jeunes rencontrés, nous pouvons constater qu'ils reconnaissent également que l'implication des parents joue un rôle important dans leur processus de changement. À titre d'exemple, plusieurs d'entre eux ont mentionné que les éducateurs en centre jeunesse devenaient en quelque sorte leur deuxième père ou leur deuxième mère (parent substitut), ou parfois même, les parents qu'ils n'ont pas eus. Lorsqu'ils ont été questionnés à savoir ce qu'ils feraient si leur propre enfant avait un problème de consommation, plusieurs d'entre eux ont mentionné que leur enfant n'aurait pas de problème de consommation puisqu'ils seraient eux-mêmes des parents présents. En discutant de ce qu'eux-mêmes feraient en tant que parents, plusieurs décrivaient en quelque sorte ce que leurs parents n'ont

pas fait envers eux-mêmes. Nos résultats vont dans le sens de l'importance d'impliquer la famille dans le traitement. Il est aussi très important que les intervenants y croient et osent le faire. Les interventions systémiques sont souvent peu utilisées, font parfois peur aux intervenants et aux parents, mais pourtant la famille dans le traitement apparaît comme une stratégie efficace faisant partie des « meilleures pratiques » en toxicomanie (Santé Canada, 2001).

#### 4.3 Les facteurs d'aide thérapeutiques

Pour les jeunes rencontrés dans le cadre de ce mémoire, la vie de groupe a été contributive à leur cheminement. De se retrouver avec d'autres jeunes ayant des problématiques semblables a permis un partage d'information entre eux, a suscité un sentiment d'espoir et leur a permis d'observer les comportements des autres et de choisir ensuite de les imiter ou non. Lindsay et son équipe (2008) ont étudié ces facteurs thérapeutiques (Yalom, 1995) mais cette fois, auprès d'hommes violents en thérapie. Le partage d'information et l'espoir sont deux des trois facteurs les plus aidants qui ont été le plus souvent rapportés par les hommes de leur échantillon, le troisième étant la cohésion qui est en fait le sentiment de faire partie intégrante du groupe. Les résultats de cette étude et de ce mémoire par rapport aux facteurs d'aide thérapeutique nous montrent que d'être en relation avec d'autres personnes aux prises avec des problématiques semblables est apprécié et permet de se conseiller mutuellement et de croire à un rétablissement possible. Il peut paraître étonnant que des hommes violents et de jeunes toxicomanes identifient presque les mêmes (2/3) facteurs thérapeutiques ayant été les plus aidants dans leur cheminement. Il est



possible que des facteurs d'aide thérapeutique soient plus significatifs selon le sexe des membres du groupe. Il pourrait être intéressant d'explorer ces différences selon le sexe. Dans le cas où des différences significatives seraient observées entre les deux sexes, cela pourrait être pris en considération pour adapter l'intervention psychoéducative aux caractéristiques de la composante « sujet ». En effet, selon Renou (2005), il importe de considérer les affinités du sujet pour orienter notre intervention. Ces affinités réfèrent, « *aux mouvements dynamiques, naturels, relativement spontanés du sujet dans sa démarche adaptative aux éléments composant son écosystème* ».

Renou (2005) reconnaît également le groupe comme étant un élément puissant dans l'intervention psychoéducative. Selon lui, une programmation de groupe adéquate peut être une source de stimulation et d'accélération du processus adaptatif de chacun des membres du groupe. L'animation, qui est une des opérations que doit maîtriser le psychoéducateur, inclut également l'animation de groupe. Le psychoéducateur doit être en mesure d'entraîner le groupe dans l'action, tout comme il doit être en mesure d'animer des rencontres individuelles, d'animer des rencontres de groupe et de faire en sorte que les membres retirent des éléments positifs de cette vie de groupe, dont les facteurs d'aide thérapeutiques. Le psychoéducateur doit donc faire en sorte que les membres du groupe coopèrent vers l'atteinte d'une cible commune (Prince & Lamoureux, 2002).

On reconnaît également le groupe comme étant un élément aidant dans un processus de changement, particulièrement lorsqu'il est question de traitement de la

toxicomanie. Fisher (2004) estime effectivement qu'augmenter le nombre de connaissances et la qualité de ses relations interpersonnelles peut aider une personne aux prises avec un problème de consommation à se rétablir. Selon lui, les personnes qui ont un problème de consommation en viennent souvent à avoir une vision déformée du monde dans lequel ils vivent en raison de leur consommation qui affecte leurs capacités perceptuelles. Il affirme également que la consommation est souvent associée à un manque d'habiletés sociales, à un sentiment d'isolement et à une méfiance envers les autres. Les différents facteurs d'aide thérapeutiques deviennent donc un levier intéressant pour intervenir auprès de ces personnes et il est fort à parier que ces interventions au sein d'un groupe contribueront à l'amélioration de la situation de ces personnes, tant en ce qui concerne leur consommation que leurs habiletés sociales.

Qu'ils soient en lien avec les résultats concernant la famille, les intervenants ou le groupe, un constat se dégage des propos des jeunes : ils ont un besoin d'être en relation et ce besoin s'avère un levier puissant dans l'intervention auprès d'eux.

#### 4.4 La satisfaction face au traitement

Dans le cadre de l'étude de Brunelle et al. (2006), le questionnaire de la satisfaction face au traitement (QOSE-21) a été administré. Les résultats dénotent une satisfaction générale face au traitement, à l'exception de « l'accessibilité à un professionnel de son choix au besoin », seule dimension pour laquelle une insatisfaction est notée. Les jeunes se sont montrés particulièrement satisfaits des

informations reçues sur les services offerts, du respect des intervenants à leur égard et des explications reçues face à leurs difficultés personnelles. Dans ce mémoire, les jeunes se sont montrés encore une fois très satisfaits du travail, de l'écoute et de la présence des intervenants. Toutefois, ils se sont montrés beaucoup plus insatisfaits du traitement dans son ensemble, allant jusqu'à affirmer qu'ils n'enverraient jamais leur propre enfant dans une telle ressource.

Encore une fois, la poursuite de la consommation plusieurs mois après la thérapie, même diminuée, contribue possiblement aux sentiments négatifs qu'ils expriment face à la thérapie. Ces sentiments peuvent donc être le reflet d'une déception ou d'insatisfactions face à leur consommation actuelle. Le temps qui s'est écoulé entre la passation du questionnaire sur la satisfaction et la tenue de l'entretien pour ce mémoire peut aussi expliquer l'insatisfaction dont témoignent les jeunes. Lors de la passation de ce questionnaire, les jeunes attribuaient en grande partie les apprentissages et les changements dans leur situation à la thérapie. Au moment de les rencontrer pour ce projet, leur discours avait considérablement changé. Ils s'estimaient alors plus responsables des changements, attribuant leur réussite au fait qu'ils voulaient changer et qu'ils avaient fait les efforts nécessaires. Ce changement de discours est encourageant en soi puisqu'il témoigne d'une appropriation de leur situation et du changement. Les jeunes perçoivent mieux leur responsabilité et leur propre capacité à faire changer les choses importantes de leur avis. De ce fait, comme ils ont tendance à s'attribuer les changements, ils peuvent percevoir la thérapie comme étant moins utile et/ou moins positive dans leur cheminement.

L'insatisfaction des jeunes est peut-être aussi due au fait que tous les jeunes rencontrés n'étaient pas volontaires à se retrouver en thérapie. Puisque la thérapie n'était pas désirée par les jeunes, il devient alors difficile pour eux d'en identifier les aspects positifs et de reconnaître que cette démarche leur a été bénéfique. On a parfois tendance à percevoir une résistance au changement comme étant un trait de personnalité du client alors que cela reflète plutôt une dissonance dans la relation thérapeutique (Rahoui, 2006). Dans ce contexte, l'approche motivationnelle est tout indiquée. Rappelons que l'objectif principal de cette approche est l'augmentation de la motivation intrinsèque au changement du client (Miller & Rollnick, 2006). Un client non-motivé, qui ne souhaite pas être en thérapie ou entreprendre une démarche pour sa consommation risque fortement d'être au stade de la « pré-contemplation ». Ainsi, il ne reconnaît aucun problème et n'a pas le désir de changer. L'un des fondements de l'approche motivationnelle est de composer avec la résistance, ce qui signifie que le thérapeute ne cherche pas à combattre la résistance de la personne mais qu'il « roule » ou « danse » avec cette résistance (Rahoui, 2006). L'attitude appropriée est de tenter de comprendre les raisons de la résistance et de la dissonance dans la relation et, dans un deuxième temps, y répondre (Miller & Rollnick, 2006). Afin de susciter la motivation chez son client, le thérapeute doit amener ce dernier à percevoir un écart entre sa situation actuelle et la situation qu'il souhaite atteindre. Les quatre principes généraux de l'entretien motivationnel peuvent également contribuer à l'augmentation de la motivation. Ainsi, selon ces quatre principes, le thérapeute doit exprimer de l'empathie, développer la divergence chez le client, rouler avec la résistance et renforcer le sentiment d'efficacité personnelle de ce dernier. L'entretien motivationnel demande donc un grand savoir-faire de la part des

intervenants. Le psychoéducateur qui souhaite utiliser cette approche doit donc s'assurer de recevoir une formation adéquate afin d'augmenter les chances de succès auprès de son client.

#### 4.5 Discussion méthodologique

Comme toute recherche, ce projet de mémoire comporte des limites et des forces. Tout d'abord, comme il s'agit d'une démarche de recherche exploratoire selon un devis qualitatif, la généralisation des résultats devra tenir compte de plusieurs limites et faite avec prudence. Quelques difficultés auxquelles nous avons été confrontés lors de la collecte de données nous apparaissent pertinentes afin de mettre les résultats en perspective. Entre autres, plusieurs jeunes de l'étude de Brunelle et al. (2006) n'avaient pas signé le formulaire nous autorisant à entrer en contact avec eux dans le cadre d'une étude subséquente. De plus, parmi ceux qui avaient signé cette autorisation, plusieurs avaient changé de coordonnées et nous avons donc été incapables de les rejoindre. Finalement, certains ont tout simplement refusé de participer. Est-ce que ces jeunes présentent un profil différent de ceux que nous avons rencontrés ? La question demeure. Il est également à noter que la population de jeunes qui séjournent dans ces unités n'a pas été sans influencer la taille de l'échantillon puisqu'il n'y a que 12 jeunes à la fois qui peuvent séjourner dans chacune des unités et qu'ils le font pour la plupart pour une durée moyenne de six à neuf mois. La capacité maximale de chacune des ces unités est de 12 jeunes à la fois, qui y séjournent pour des durées moyennes de six à neuf mois.

Bien que la généralisation des résultats doit être faite avec prudence, la transférabilité (Lincoln & Guba, 1985) elle, est possible. Tout en considérant le contexte initial dans lequel s'inscrivent ce mémoire et les résultats, ceux-ci peuvent être transférables à un autre contexte. Donc, bien que les unités à l'étude représentent un contexte bien particulier, les propos recueillis auprès des jeunes pourraient être applicables à d'autres jeunes ou à d'autres contextes de thérapie pour la toxicomanie.

Le fait que ce projet de mémoire s'intéresse aux perceptions, à la signification et à l'interprétation que font les jeunes rencontrés de leur passage en thérapie s'avère la particularité de cette étude. La majorité des études portant sur les traitements offerts aux jeunes toxicomanes se réalisent souvent selon des devis de recherche quantitatifs au travers desquels le point de vue des principaux acteurs, dans ce cas-ci les jeunes, n'est pas pris en compte. Plusieurs jeunes rencontrés ont d'ailleurs fait la remarque qu'ils appréciaient que leur point de vue soit considéré et qu'il fasse l'objet d'un projet de recherche en soi. Pour plusieurs d'entre eux, c'était la première fois qu'on les invitait à partager leur vécu face à la thérapie. De ce fait, les entretiens ont dû être menés de façon très rigoureuse pour qu'ils ne deviennent pas des séances de défolement. Le point de vue du jeune, en regard de la thérapie, qu'il soit positif ou négatif, était recherché mais dans l'optique d'une démarche constructive. C'est un défi qui a été relevé puisque dans l'ensemble, les jeunes ont partagé leur point de vue face à leur cheminement en thérapie et ont su s'exprimer tant sur les aspects positifs que négatifs perçus.

#### 4.6 Est-ce que la mise en place et le maintien d'unités telles que Le Dôme et La Croisée est toujours envisageable ?

Au cours des derniers mois, certains centres jeunesse du Québec se sont questionnés à savoir s'il était pertinent et possible de mettre en place des unités spécialisées pour les jeunes toxicomanes. Le questionnement est tout à fait justifié. Comme les problèmes de consommation chez les jeunes demeurent préoccupants, il importe d'envisager différentes stratégies d'intervention afin de leur venir en aide. Toutefois, on doit se questionner sur la façon de le faire. Dans le contexte actuel, la mise en place d'unités comme le Dôme devient impossible, la fermeture de cette unité en témoignant. L'amendement à la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) rend effectivement impossible de maintenir en garde fermée des jeunes pour la durée entière du traitement ou suffisamment longtemps pour espérer des impacts positifs. Offrir un traitement de la toxicomanie en milieu ouvert comporte son lot de risques en ce qui a trait à la présence de drogues dans l'unité et de consommation chez les jeunes. Toutefois, il est à noter que l'unité La Croisée est une unité ouverte et que les éducateurs qui y travaillent semblent bien composer avec cette réalité.

La pénurie de personnel spécialisé en toxicomanie en centre jeunesse constitue également une difficulté pour le bon fonctionnement de telles unités. Il importe effectivement que le programme soit compris et maîtrisé par les éducateurs. Ainsi, l'instabilité actuelle et le mouvement du personnel peut mettre en péril l'application du programme tel qu'il a été réfléchi et conçu. De plus, une formation rigoureuse des intervenants doit être faite pour que le programme puisse fonctionner et s'avérer

efficace. On ne s'improvise pas animateur de groupe ni spécialiste en entretien motivationnel. De plus, il est très important que les intervenants aient un réel intérêt pour la problématique de consommation afin d'accompagner adéquatement les jeunes en difficulté.

Outre ces considérations d'ordre plus pratique, on ne peut passer sous silence le contexte politique actuel qui n'est pas sans influencer les services offerts aux personnes toxicomanes. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec prépare actuellement un plan stratégique ministériel pour les années 2010-2015. Brochu et Landry (2009) ont eu accès à une version de ce plan et l'ont commenté. Selon eux, ce plan accorde une place insuffisante aux problèmes de toxicomanie. Ce constat est inquiétant, d'autant plus qu'on estime que moins de 10% des personnes toxicomanes du Québec reçoivent des traitements dans le réseau public (Tremblay, Tourigny, Gingras & Dumont, 2007). On constate également que parmi les personnes qui se présentent dans un service d'aide en toxicomanie plusieurs abandonnent souvent leur démarche avant même d'avoir débuté un programme puisque les services offerts n'arrivent pas à répondre aux nombreux problèmes associés dont des pathologies souvent très lourdes (Brochu & Landry, 2009). Si les prévisions de Brochu et Landry s'avèrent justes et que le gouvernement du Québec accorde une place insuffisante à la problématique de la toxicomanie dans son plan ministériel, fort à parier que la situation au sein des services publics ne s'améliorera pas.



De plus, d'un point de vue toujours politique, mais cette fois au niveau fédéral, le sort des services en toxicomanie ne semble pas s'améliorer. En effet, Brochu et Landry (2008) affirment que la stratégie antidrogue du gouvernement Canadien pour les prochaines années laisse croire que l'emphase sera davantage sur la répression du trafic ainsi que de l'usage des drogues. Le fait que ce n'est désormais plus Santé Canada qui soit responsable de cette stratégie mais bien le ministère de la Justice en témoigne. De plus, toujours selon Brochu et Landry, le gouvernement canadien abandonnerait l'approche de la réduction des méfaits, approche qui fait pourtant partie des meilleures pratiques en toxicomanie (Santé Canada, 2001). L'ensemble de ces considérations nous indique donc que la mise en place et le maintien de telles unités sont également influencés par les instances politiques.

Un processus d'évaluation en bonne et due forme pourrait s'avérer très pertinent dans un tel débat. Alain (2009) propose d'ailleurs un modèle intégratif d'évaluation de programme comprenant trois niveaux de préoccupations (avant, pendant et après) et d'éléments interreliés (formatif, sommatif, objectif et subjectif) à considérer dans un tel processus. Une approche comme le propose ce mémoire ne représente en fait que le douzième des éléments, mais non moins important, qui peuvent contribuer à évaluer un programme dans son ensemble selon ce modèle. Si on se réfère à la description qu'Alain (2009) fait des différents éléments de ce modèle, ce mémoire s'inscrit dans la facette sommative-subjective du niveau « après » qui consiste à :

*« mesurer les différentes perspectives proposées par l'ensemble des parties prenantes sur ce que le programme est parvenu à atteindre, tout*

*autant sur le plan des objectifs et buts fixés au départ que sur celui des effets non recherchés, tant positifs que négatifs ».*

Un devis d'évaluation beaucoup plus élaboré, qui aborderaient la question sous tous ces angles, pourrait donc être très utile pour des décideurs en centre jeunesse qui se questionnent sur la pertinence d'unités telles que Le Dôme et La Croisée.

## *Conclusion*

En conclusion de ce mémoire, nous rappellerons les objectifs de l'étude et les principaux résultats obtenus. Finalement, les particularités de cette étude et les principales retombées pratiques seront présentées.

L'objectif principal de l'étude était d'obtenir, via une méthode qualitative, le point de vue des jeunes en ce qui a trait aux différents aspects de leur passage au Dôme ou à La Croisée et sur les événements de vie survenus dans leur trajectoire depuis leur sortie. Pour y arriver, nous avons d'abord documenté ce qui a précédé le placement au Dôme ou à La Croisée. Ainsi, nous avons appris que ce sont des problèmes de délinquance, de toxicomanie et familiaux qui ont amené les jeunes à être admis dans l'une de ces unités. Pour la plupart, ce placement a suscité des sentiments plutôt négatifs tels que le mécontentement et le désaccord. Ces sentiments peuvent s'expliquer entre autres par le fait que la majorité des jeunes se sont retrouvés en thérapie contre leur gré.

Ensuite, nous avons comparé la consommation des jeunes avant et après la thérapie. Ainsi, nous avons observé que bien que la consommation soit toujours présente pour l'ensemble des jeunes, le profil de consommation est moins important en terme de gravité que celui que les jeunes présentaient avant la thérapie. Nous avons poursuivi en recueillant le point de vue du jeune en ce qui concerne son vécu tout au long de la thérapie. Aucun des jeunes n'avait l'intention de cesser complètement de consommer : chacun voulait plutôt modérer sa consommation en diminuant la fréquence ou en cessant de consommer certaines substances. Les règlements et l'autorité sont les éléments que les jeunes ont le moins appréciés de la

thérapie. À l'inverse, les éducateurs, particulièrement leur présence et leur écoute, sont ce que les jeunes ont appréciés le plus de la thérapie. Les activités thérapeutiques, telles que la gestion de la colère, du stress, la résolution de problèmes, etc, constituent les principaux apprentissages que les jeunes estiment avoir fait au cours de la thérapie. Les jeunes sont également en mesure de constater certains impacts de la thérapie sur leur vie. Ils ont maintenant une meilleure hygiène de vie, ont diminué leurs comportements délinquants et ont modifié leur consommation. Le fait d'être en thérapie avec d'autres jeunes qui vivent une situation semblable s'est avéré un élément aidant dans la thérapie. Les jeunes ont ainsi fait certaines prises de conscience lorsque des pairs leur partageaient de l'information et des conseils. Ils ont également réalisé qu'il leur était possible de s'en sortir en voyant que d'autres comme eux vivaient un succès ainsi qu'en observant les comportements des autres jeunes et leurs portées.

En abordant la question de la motivation au cours de la thérapie, nous avons réalisé qu'elle variait au fil du temps. Pour certains jeunes, la motivation se faisait plus grande à l'approche de la sortie. Pour d'autres, la sortie imminente avait plutôt l'effet inverse puisqu'ils ne se sentaient alors plus motivés à changer leurs habitudes. Certains jeunes ont avoué que leur motivation a été instable tout au long de la thérapie. Les jeunes se sont aussi exprimés sur ce que signifie « jouer la game ». Selon eux, il est inévitable de jouer le jeu et tous les jeunes le font. Il y aurait deux façons de jouer le jeu : raconter des mensonges ou inventer des histoires et ne faire que le minimum attendu de façon à être le plus discret possible. Enfin, les jeunes

conservent un bon souvenir des intervenants qu'ils ont côtoyés. Leur disponibilité et leur écoute ont été grandement appréciées.

Nous désirions également obtenir le point de vue des jeunes en regard de leur situation depuis leur sortie et des apports de l'ensemble des services reçus au Dôme, à La Croisée ou au sein d'autres ressources au cours de leur vie. Peu de jeunes ont eu recours à une autre forme d'aide en lien avec leur consommation de drogues suite à la thérapie, bien qu'ils aient tous maintenu une certaine consommation. La thérapie a également eu un effet sur le soutien que les jeunes percevaient de leurs parents. Suite à la thérapie, il y a davantage de jeunes qui perçoivent un bon soutien de la part de leurs parents qu'avant la thérapie et moins de jeunes qui perçoivent un soutien négatif. Il y a par contre davantage de jeunes qui vivent des relations marquées par l'ambivalence et qui perçoivent un soutien plus instable de la part de leurs parents. Des conflits et des réconciliations teintent ces relations. En se projetant dans le futur, les jeunes affirment que dans le cas où un de leur enfant présenterait des problèmes de consommation, ils n'auraient jamais recours à une telle thérapie pour leur enfant. Dans un premier temps, les jeunes ont affirmé que leurs enfants n'auraient pas ce problème et que si c'était véritablement le cas, ils seraient eux-mêmes en mesure de leur venir en aide. Que ce soit par leur vécu de toxicomane ou encore par leurs apprentissages en thérapie, ils pensent qu'ils pourraient aider leur enfant ou encore, ils auraient recours à d'autres formes d'aide. Finalement, les jeunes modifieraient les règlements, l'ambiance et le programme pour arriver à une thérapie idéale en centre jeunesse pouvant venir en aide aux jeunes toxicomanes.

En résumé, la particularité de ce mémoire est qu'il s'intéresse au point de vue des jeunes en regard des différents aspects de leur passage en unité spécialisée en toxicomanie en centre jeunesse. La plupart des études qui portent sur les services d'aide aux jeunes ayant un problème de consommation se centrent sur un devis de recherche quantitatif et évincent l'expérience, la signification et l'interprétation des jeunes face à la thérapie. L'un des principaux apports de cette recherche est d'ailleurs d'avoir apporté un éclairage supplémentaire sur des résultats quantitatifs en ce qui concerne la perception du soutien familial des jeunes. Les résultats quantitatifs révélaient une perception plus négative du soutien à la fin de la thérapie. En considérant le point de vue des principaux acteurs et l'interprétation qu'ils font de la situation, nous sommes arrivés à mieux comprendre cette perception plus négative mais surtout de la nuancer.

Dans ce mémoire, la centration était sur le point de vue des jeunes, la façon dont ils ont vécu et interprété leur passage en thérapie. Grâce à cette approche, les propos des jeunes ont été recueillis et peuvent maintenant fournir aux intervenants des indicateurs sur les meilleures conditions structurelles (Turcotte & Lindsay, 2001) à mettre en place afin d'améliorer le succès du traitement et de cibler les facteurs d'aide thérapeutiques les plus aidants (Yalom, 1995).

## *Références*



- Acier, D., Nadeau, L., & Landry, M. (2007). Le changement sans traitement : un point aveugle dans le champs des dépendances. *Toxico réseau*, 7(1), p.5-6.
- Adlaf, E. M., Lalomiteanu, A., (2005). Other drug use and problems. Dans E. M.
- Adlaf, P. Begin, & E. Sawka, (Éds), *Canadian Addiction Survey (CAS), A national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs: Prevalence of use and related harms: Detailed report* (pp.55-70). Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Alain, M. (2009). Des systèmes de classification des modèles d'évaluation de programmes d'intervention psychosociale à une proposition de modèle intégrateur : Les trois phases du cube, avant-pendant-après, p.9-28. Dans M. Alain, & D. Dessureault, (2009). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Baillargeon, P., Leduc, A., & Côté, R. (2003). Les modèles expérimentaux du processus de résolution des ruptures de l'alliance thérapeutique. *Revue de psychoéducation*, 32(2), 373-392.
- Baillargeon, P., Pinsof, W.M., & Leduc, A. (2005). L'alliance thérapeutique : la création et la progression du lien. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 55, 225-234.
- Beaucage, B. (1998). *L'interrelation entre deux phénomènes sociaux préoccupants: le décrochage scolaire et la consommation de substances psychotropes*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Beauchesne, L. (2000). Pour une réelle politique publique de réduction des méfaits en matière de drogues. Dans Brisson, P. (2000) *L'usage des drogues et la toxicomanie, vol III*, p.73-102. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Benoist, J. & Karsenti, B. (2001). *Phénoménologie et sociologie*. Presses de l'Université de France : Paris.
- Bergeron, J., Tremblay, J., Cournoyer, L.-G., Landry, M., & Brochu, S. (2009). Consommation de cannabis et utilisation des techniques de l'entretien motivationnel dans les programmes de traitement pour adolescents. *RISQ-info*, 17(1), 5-8.
- Bertand, K., Beaumont, C., Durand, G., & Massicotte, L. (2006). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les centres de réadaptations pour personnes alcooliques et toxicomanes : pratiques gagnantes et offre de services*. Fédération Québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies.

- Bertrand, K., & Ménard, J.-M. (2005). Réseau intégré de services en désintoxication en Mauricie/Centre-du-Québec : évaluation d'un projet pilote de collaboration entre le CHRTR et Domrémy MCQ. *Réso-lu*, 12(2), 12.
- Bertrand, K., Ménard, J.-M., & Plourde, C. (2004). *Synthèse de l'évaluation du Programme-jeunesse : Recension des écrits et recommandations pour sa révision*. Trois-Rivières : Rapport # 6 de Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec
- Bickman, L., Rosof-Williams, J., Salzer, M.S., Summerfelt, T., Noser, K., Wilson, S.J., & Karver, M.S. (2000). What information do clinicians value for monitoring client progress and outcomes ? *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 70-74.
- Blackson, T.C., & Tarter, R.E. (1996). The influence of paternal substance abuse and difficult temperament in fathers and sons on son's disengagement from family to deviant peers. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(3), 389-411.
- Blin, T. (1995). *Phénoménologie et sociologie comprehensive: sur Alfred Schutz*. L'Harmattan : Paris.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and method*. Prentice-Hall Inc.: Englewood Cliffs, New Jersey.
- Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité: Une relation complexe*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S. (1995). *Drogue et criminalité: mythe ou réalité?* Montréal: RISQ.
- Brochu, S. & Landry, M. (2009). La place de la toxicomanie dans l'élaboration du plan stratégique ministériel 2010-2015. *RISQ-info*, 17(1), 1-3.
- Brochu, S. & Landry, M. (2008). La stratégie canadienne antidrogues : où s'en va le gouvernement Harper ? *RISQ-info*, 16(1), 1-3.
- Brochu, S., & Schneeberger, P. (2001). Drogues illicites et délinquance: regards sur les travaux nord-américains. *Tendances*, 17, 1-4.
- Brook, J., Brook, D., DeLa Rosa, M., Duque, L., Rodriguez, E., Montoya, I., & Whiteman, M. (1998). Pathways to marijuana use among adolescents: cultural/ecological, family, peer, and personality influences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 759-766.
- Brunelle, N., Brochu, S., & Cousineau, M.-M. (2005). Des jeunes se racontent : le point sur leurs trajectoires d'usage de drogues et de délinquance. Dans L. Guyon, S. Brochu, & M. Landry. *Les jeunes et les drogues*, p.279-325. Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.

- Brunelle, N., Brochu, S., & Cousineau, M.-M. (2000). Drug-crime relations among drug-consuming juvenile delinquents: A tripartite model and more. *Contemporary Drug Problems*, 27, 834-866.
- Brunelle, N., Cousineau, M.-M., & Brochu, S. (2005). Juvenile Drug Use and Delinquency: Youths' accounts of their trajectories. *Substance Use and Misuse*, 40(5), 721-734.
- Brunelle, N., Landry, M., & Bertrand, K. (2008). Comprendre les parcours de consommation des jeunes du Québec et optimiser les stratégies d'intervention : 15 ans de recherche multidisciplinaire au service du terrain. Dans E. Streel, & L. Chinet, (2008). *Cannabis : approches thérapeutiques contemporaines*, p.49-74. Bruxelles : Éditions De Boeck Université.
- Brunelle, N., Plourde, C., Gendron, A., Cordeau, D., & Piché, V. (2006). *Évaluation de l'efficacité des unités en centre jeunesse spécialisées dans le traitement des toxicomanies : Le Dôme et La Croisée*. Rapport de recherche remis au Fonds Richelieu de recherche sur l'enfance.
- Carra, C. (2005). Le délinquant comme produit de la dialectique identité personnelle/régulations sociales. L'éclairage de l'approche biographique. Dans Brunelle, N., & Cousineau, M.-M. *Trajectoires de déviance juvénile, les éclairages de la recherche qualitative*, p.153-178. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Chermack, S.T., Stoltenberg, S.F., Fuller, B.F., & Blow, F.C. (2000). Gender differences in the development of substance-related problems: The impact of family history of alcoholism, family history of violence and childhood conduct problems. *Journal of Studies on alcohol*, 61(6), 845-852.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2003). *La consommation de psychotropes: portrait et tendances au Québec*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2001). *Les services de réadaptation pour les mineurs qui font un usage inapproprié de substances psychoactives*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Cottraux, J. (2001). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson.
- Cournoyer, L.-G., Brochu, S., Landry, M., & Bergeron, J. (2007). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: the moderating effect of a clinical subpopulations. *Addiction*, 102, 1960-1970.
- Cousineau, M.-M., Brochu, S., & Schneeberger, P. (2000). *Consommation de substances psychoactives et violence chez les jeunes*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

- Cousineau, M.-M., Brochu, S., & Sun, F. (2005). Jeunes en milieu scolaire, drogues et violence. Dans L. Guyon, S. Brochu, & M. Landry. *Les jeunes et les drogues*, p.235-278. Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- Cousineau, M.-M., Brochu, S., Sun, F., Houde, V., & Dufour, C. (2005). *Jeunes, drogues et violence : des liens à comprendre*. Montréal : Centre international de criminologie comparée.
- Cusson, M. (1989). *Délinquants pourquoi ?* Montréal: Éditions Hurtubise.
- Dennis, M.L., Dawud-Noursi, S., Muck, R., & McDermeit, M. (2003). The need for developing and evaluating adolescent treatment models. Dans S.J. Stevens & A.R. Morral (Éds), *Adolescent substance abuse treatment in the United States: Exemplary Models from a National Evaluation Study*, p.3-34. Binghamton, NY: Haworth Press and 1998 NHSDA.
- Delefosse, M.S. (2001). Phénoménologie et recherche en psychologie : un ancien débat qui nous revient des Etats-Unis. Dans Delefosse, M.S. & Rouan, G. *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Dunod : Paris.
- Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche*. Guérin Universitaire : Montréal.
- Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal: Chenelière/McGraw-Hill.
- Diamond, G., Godley, S.H., Liddle, H.A., Sampl, S., Webb, C., Tims, F.M., & Meyers, R. (2002). Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: A description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. *Addiction*, 97(11), 70-83.
- D'Orsonnens, L.L. (2000). Substance Abuse and Juvenile Delinquency. *Intervention*, 111, 81-88.
- Dowden, C., & Andrews, D.A. (1999). Méta-analyse des résultats positifs obtenus dans le traitement des jeunes délinquants. *Forum-Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 11(2), 21-24.
- Dubé, G., & Fournier, C. (2007). Consommation d'alcool et de drogues. Dans G. Dubé (Éd), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006*, p.83-124. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Fisher, M.S. (2004). Groups for Substance Abuse Treatment. Dans C.D. Garvin, L.M. Gutiérrez, & M.J. Galinsky. *Handbook of Social Work with Groups*. p. 259-274. New York: The Guilford Press.

- Fitzpatrick, M., & Irannejad, S. (2008). Adolescent Readiness for Change and the Working Alliance in Counseling. *Journal of Counseling and Development*, 86, 438-445.
- Flanzer, J., (2005). The status of health services research on adjudicated drug abusing juveniles : Selected findings and remaining questions. *Substance use and misuse*, 40(7), 887-912.
- Garnier, H.E., & Stein, J.A. (2002). An 18-year model of family and peer effects on adolescent drug use and delinquency. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 45-56.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. Dans J. Poupard, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, p.341-390. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Grella, C.E., & Joshi, V. (2003). Treatment process and outcomes among adolescent with a history of abuse who are in drug treatment. *Child Maltreatment*, 8(1), 7-18.
- Hawley, K., & Garland, A.F. (2008). Working Alliance in Adolescent Outpatient Therapy: Youth, Parent and Therapist Reports and Associations with therapy Outcomes. *Child Youth Care Forum*, 37, 59-74.
- Hogue, A., Dauber, S., Faw Stambaugh, L., Cecero, J.J., & Liddle, H.A. (2006). Early Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Individual and Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 121-129.
- Jainchill, N. (1997). Therapeutic communities for adolescents: The same and not the same. Dans De Leon, G. (Éd), *Community as a method: Therapeutic communities for special populations and special settings*. New York: Praeger.
- Joas, H. (2007). George Herbert Mead : Une réévaluation contemporaine de sa pensée. Economica: Paris.
- Jones, S., & Heaven, P. (1998) Psychosocial correlates of adolescent drug-taking behaviour. *Journal of Adolescence*, 21, 127,134.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*. Québec. Institut de la Statistique du Québec (ISQ).

- Kaminer, Y., Blitz, C., Burleson, J.A., Kadden, R.M., & Rounsaville, B.J. (1998). Measuring treatment process in cognitive-behavioral and interactional group therapies for adolescent substance abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(7), 407-413.
- Klingemann, H.K.-H. (1992). Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *The international Journal of the Addictions*, 27, 1359-1388.
- Kokoreff, M. (2005). Toxicomanie et trafics de drogues: Diversité des cheminements et effets de génération au sein des milieux populaires en France. Dans Brunelle, N., & Cousineau, M-M. *Trajectoires de déviance juvénile, les éclairages de la recherche qualitative*, p.31-70. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Kumpfer, K. L. (2001). *Effectiveness of a culturally tailored, family-focused substance abuse program: The strengthening families program*. Document présenté au National Conference on Drug Abuse Prevention Research.
- Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J., & Brunelle, N. (2004). La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO): développement et qualités psychométriques. *Drogues, santé et société*, 3(1), 35-67.
- Laventure, M., Déry, M., & Pauzé, R. (2006). Gravité de la consommation de psychotropes des adolescents ayant un trouble des conduites. *Criminologie*, 39(2), 165-188.
- LeBlanc, M. (1997). MASPAQ : *Manuel sur les mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois*. Montréal: École de psychoéducation, Groupe de recherche sur les adolescents en difficulté, Université de Montréal.
- LeBlanc, M. (1996). MASPAQ : *Mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois. Manuel et guide d'utilisation*. (3<sup>ième</sup> édition). Montréal : École de psychoéducation, Groupe de recherche sur les adolescents en difficulté, Université de Montréal.
- LeBlanc, M., Langelier, S., & Levert, F. (1995). MASPAQ. *Manuel sur des mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois, Logiciel, Guide d'utilisation*. Montréal: Université de Montréal: Groupe de recherche sur les adolescents en difficulté.
- Lecours, M., Brunelle, N., & Leroux, R. (2003). *Portrait de la consommation de drogues et effets des interventions des éducateurs en prévention des toxicomanies dans les écoles secondaires de la région des Bois-Francs*. Rapport de recherche de Actions Toxicomanie Bois-Francs remis à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

- Libby, A.M., & Riggs, P.D. (2005). Integrated substance use and mental health treatment for adolescents: Aligning organizational and financial incentives. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(5), 826-834.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Turner, R.M., Henderson, T.C., & Greenbaum, P.E. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behaviour therapy. *Addiction*, 103, 1660-1670.
- Liddle, H.A., & Dakof, G.A. (1995). *Family-based treatment for adolescent drug use: state of the science*. Dans *Advances in adolescent drug abuse treatment*, p.218-253. Rockville, MD: National Institute on drug abuse, Division of clinical and services research.
- Lindsay, J., Roy, V., Montminy, L., Turcotte, D., & Genest-Dufault, S. (2008). The Emergence and the Effects of Therapeutic Factors in Groups. *Social Work with Groups*, 31(3-4), 255-271.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Bervely Hills, CA : Sage.
- Lynksey, M.T., Coffey, C., Degenhardt, L., Carlin, J.B., & Patton, G. (2003). A longitudinal study of the effets of adolescent cannabis use on high school completion. *Addiction*, 98, 685-692.
- Maistro, S.A., Galizo, M., & Connors, G.J. (1995). *Drug Use and Abuse*. Montréal: The Harcourt Press.
- McKeganey, N., Neale, J., & Robertson, M. (2005). Physical and sexual abuse among drug users contracting drug treatment services in Scotland. *Drugs : Education, Prevention and Policy*, 12(3), 223-232.
- McLellan, A.T., & Meyers, K. (2004). Contemporary Addiction Treatment: A review of Systems Problems for Adults and Adolescents. *Biological Psychiatry*, 56(10), 764-770.
- Mead, G.H. (1967). *Mind, self and society*. The University of Chicago Press : Chicago.
- Mercier, C., & Alarie, S. (2000). Le processus de rétablissement chez les personnes alcooliques et toxicomanes. Dans Brisson, P. (2000) *L'usage des drogues et la toxicomanie, vol III*, p.335-350. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Meyor, C. (2005). La phénoménologie dans la méthode scientifique et le problème de la subjectivité. *Recherches qualitatives*, 25(1), 25-42.
- Miles, M., & Huberman, A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Belgique : De Boeck.

- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2006). L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. Paris : InterEditions.
- Muck, R., Zempolich, K. A, Titus, J. C, Fishman, M, Godley, M. D., & Schwebel, R. (2001). An overview of the effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. *Youth and Society*, 33(2), 143-168.
- Novins, D., & Mitchell, C. (1998). Factors associated with marijuana use among American Indian adolescents. *Addiction*, 93, 1693-1702.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Pearson, F.S., & Lipton, D.S. (1999). A meta-analysis review of the effectiveness of corrections-based treatments for drug abuse. *The prison Journal*, 79, 384-410.
- Phan, D., & Bastard-Dagher, N. (2006). Thérapies cognitives et comportementales de l'adolescent. Dans H. Rahioui & M. Reynaud. *Thérapies cognitives et comportementales et addictions*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.
- Pica, L. (2005). Consommation d'alcool et de drogues. Dans G. Dubé (Éd), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002?* p.95-130. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Pires P., A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, p.113-172. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Plourde, C., & Brochu, S. (2002). Drogues et alcool durant l'incarcération: Examen de la situation des pénitenciers québécois. *Revue Canadienne de Criminologie*, 44(2), 209-240.
- Plourde, C., Ménard, J.-M., Perreault, M., Mercier, C., & Lecours, M. (2002). Le point de vue des acteurs sur la place de la famille dans les services de réadaptation en toxicomanie pour jeunes et parents. *Drogues, santé et société*, 1(1), 1-17.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, p.173-210. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.



- Pratt, M., Smith, M., Reigelsperger, R., O'Connor, L. V., Saum, C., Baker, S., & Reeb, R. N. (2003). Psychosocial treatment alternatives for adolescents with conduct problems. *Journal of Psychological Practice*, 8, 1-13.
- Prince, D., & Lamoureux, Y. (2002). *Le modèle psychoéducatif*. Document de formation dans le cadre du projet Boscoville 2000, Beauport, avril 2006.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach : Crossing traditional boundaries of therapy*. Illinois: Dow-Jones Irwin.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Rahiou, H. (2006). Entretien motivationnel. Dans H. Rahiou, & M. Reynaud. *Thérapies cognitives et comportementales et addictions*, p.32-39. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation: un concept, une méthode*. Montréal : Éditions Sciences et culture.
- Resnick, M., Bearman, P., Blum, R., Bauman, K., Harris, K., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R., Shew, M., Ireland, M., Bearnger, L., & Udry, J. (1997). Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278, 823-832.
- RISQ, Germain, M., Landry, M., Bergeron, J. (2003). *Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents*. Version 3.1, avril 2003.
- RISQ, Landry, V., Desjardins, L., & Bastien, M-F. (2005). *Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents. Guide de pratique clinique*. Recherche et intervention sur les substances psychoactives au Québec (RISQ).
- Robbins, M.S., Liddle, H.A., Turner, C.W., Dakof, G.A., Alexander, J.A., & Kogan, S.M. (2006). Adolescent and Parent Therapeutic Alliances as Predictors of Dropout in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Family Psychology*, 1, 108-116.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2008). *Result from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343). Rockville, MD.
- Santé Canada (2007). Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. Ottawa, Canada.

- Santé Canada (2001). *Meilleures Pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa, Canada.
- Sobell, L.C., Ellingstad, T.P., & Sobell, M.B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research for future directions. *Addiction*, 95(5), 749-764.
- Stice, E., Barrera, Jr.M., & Chassin, L. (1998). Prospective differential predication of adolescent alcohol use and problem use: Examining the mechanism of effect. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 616-628.
- Tremblay, J., Blanchette-Martin, M., & Garceau, P. (2004). *Portrait de la consommation de substances psychoactives de jeunes consultants en centre spécialisé en toxicomanie (PAJT) et provenant du Centre jeunesse de Québec*. Montréal: CRUV/ALTO.
- Tremblay, J., Tourigny, M., Gingras, Y., & Dumont, J. (2007). Proposition de requis de service pour la Capitale-Nationale 2007-2015 – Pour vivre autrement sa vie. Québec :Centre Ubald-Villeneuve.
- Turcotte, D., & Lindsay, J. (2008). *L'intervention sociale auprès des groupe*, 2<sup>ième</sup> édition. Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- Van Der Zwaluw, C.S., Scholte, R.H.J., Vermulst, A.A., Buitelaar, J.K., Jan Verkes, R., & Engels, R.C.M.E. (2008). Parental problem drinking, parentinf, and adolescent alcohol use. *Journal Behav Med*, 31, 189-200.
- Vitaro, F., Carbonneau, R., Gosselin, C., Tremblay, R.E., & Zoccolillo, M. (2000). L'approche développementale et les problèmes de consommation chez les jeunes : prévalence, facteurs de prédiction, prévention et dépistage. Dans Brisson, P. (2000) *L'usage des drogues et la toxicomanie, vol III*, p.279-312. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Wallace, J. (2003). Theory of 12-Step-Oriented Treatment. Dans F. Rotgers, J. Morgenstern., & S. T. Walters (Éds), *Treating substance abuse: Theory and Technique*, (2ième édition), p. 9-30. New York: Guilford Press.
- Wild, J. (1967). *The Phenomenology of the Social Work*. Northwestern University Press: Northwestern.
- Wilson, D.B., Gottfredson, D.C., & Najaka, S.S. (2001). School-based prevention of preblem behaviors : A meta-analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 17, 247-272.

Winter, K.C., Stinchfield, E.O., Weller, C., & Latimer, W.W. (2000). The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction*, 95 (4), 601-612.

*Annexe I*  
Philosophie du Dôme

## Philosophie

*«Je suis ici à la recherche de moi-même. Je me sens perdu, confus et j'ai du mal à trouver un véritable sens à ma vie. La drogue et la délinquance envahissent mon existence. Mes comportements négatifs éloignent de moi les gens que j'aime et ceux qui me veulent du bien. Des sentiments de remord et de culpabilité m'habitent et sont lourds à porter. Cela me blesse. J'ai perdu confiance en moi et aux autres, car je vis dans le mensonge et la manipulation. Je me sens même un étranger aux yeux de ma famille. J'ai perdu le sens des responsabilités et j'ai peur que ma vie devienne un échec. Je dois changer mon mode de vie, mais je ne peux y arriver seul. J'ai besoin d'aide. J'ai aussi besoin d'un endroit qui m'apportera le soutien nécessaire à ma démarche de changement et aussi de mettre fin à mon désespoir.*

*Aujourd'hui, j'ai enfin trouvé cet endroit. Je n'ai plus à me faire reconnaître de façon négative ni à donner une fausse image de moi-même. Ici, je peux vivre des émotions et exprimer mes sentiments sans avoir peur du jugement car comme moi, tous ceux qui sont ici ont besoin d'aide. Ensemble, nous retrouverons les valeurs positives qui nous permettront de grandir dans notre démarche de changement. Ici, j'ai enfin la chance de me prendre en main et d'être reconnu à ma juste valeur».*

*Annexe 2*  
Tâches et privilèges liés aux différents statuts

### CHEF

#### Les tâches du CHEF : (un des vieux membres) :

- Se lever le premier le matin et voir à ce que tous soient levés ;
- préparer la réunion du matin et l'animer à tour de rôle avec les vieux membres ;
- recueillir l'information auprès des expéditeurs et la transmettre aux éducateurs en plus de toute autre information à soumettre ;
- superviser les expéditeurs dans leurs tâches ;
- adresser les vieux membres et les expéditeurs ;
- exécuter les demandes des éducateurs ;
- s'occuper des enseignements à trois ;
- gérer les demandes de changement de statut ;
- remplir la feuille des invitations pour les vendredi (activités parents).

#### Privilèges du CHEF :

- droit à des sorties accompagné de ses parents ;
- droit à des sorties sans accompagnement ;
- possibilités de sorties en semaine ;
- pas de tâches ménagères ;
- responsable de l'animation des en ligne ;
- participation à des activités spéciales ;
- accès à des journaux ;
- accès à la télé ;
- coucher à 22h55.

### LES EXPÉDITEURS

#### Les tâches de l'expéditeur : (membre responsable ou vieux membre) :

- s'occuper des levers et des couchers ;
- communiquer les attitudes et les comportements des jeunes au chef ou à l'éducateur ;
- faire l'inspection de l'unité plusieurs fois par jour pour faire respecter les valeurs de base ;
- adresser les membres responsables et les nouveaux membres ;
- recevoir les adresses de la part des éducateurs, du chef et des autres expéditeurs ;
- inscrire les thèmes de la journée et de la semaine au tableau ;

- faire les déplacements ;
- remplir la feuille de parloir, la réquisition alimentaire et la feuille médicale ;
- s'occuper de l'équipement sportif ;
- faire respecter la chaîne de commande.

#### Les privilèges des EXPÉDITEURS :

- droit à des sorties accompagné de ses parents ;
- participation à des activités spéciales ;
- pas de tâches ménagères ;
- accès aux journaux et aux revues ;
- hors des rangs lors d'un en ligne ;
- coucher à 22h30.

#### Privilèges des MEMBRES RESPONSABLES :

- droit à des sorties accompagné de ses parents ;
- participation à des activités spéciales ;
- accès à des journaux.

#### Privilèges des VIEUX MEMBRES :

- droit à des sorties accompagné de ses parents ;
- droit à des sorties sans accompagnement ;
- possibilité de sorties en semaine ;
- participation à des activités spéciales ;
- accès aux journaux et aux revues ;
- accès à la télé ;
- coucher à 22h45.



*Annexe 3*

Programmation de l'unité selon les journées de la semaine

PROGRAMMATION: SAMEDI		
8h30	9h30	Lever progressif ( 9h00-9h15 réveil des expéditeurs et du chef)
9h30	9h55	V.B. chambre, hygiène, déjeuner (9h00=1ère cigarette et 9h30= 2e ciga.)
9h55	10h00	En ligne
10h00	10h30	Ménage
10h30	10h40	Pause cigarette
10h40	10h45	Préparation de la réunion du matin
10h45	11h45	Réunion du matin
11h45	11h55	Pause cigarette (10 minutes)
11h55	12h00	En ligne distribution des tâches
12h00	12h30	Dîner, partage, prendre soin
12h30	12h45	Ménage
12h45	13h00	Pause cigarette (10 minutes) + préparation à l'activité
13h00	14h00	Activité
14h00	15h15	Retour activité + douche+ pause cigarette
15h15	16h15	Activité clinique ou soin de l'environnement (ménage)
16h15	16h55	Temps libres, possibilité d'ens. à 3
16h55	17h00	En ligne distribution des tâches
17h00	17h30	Souper et partage
17h30	18h00	Ménage , prendre soin
18h00	18h15	Pause cigarette (10 minntes + préparation pour la R.J.)
18h15	18h30	Rénnion du soir + préparation pour la R.J.
18h30	19h15	Rénnion du soir
19h15	19h30	Pause cigarette (10 minutes)
19h30	21h30	CINÉMA ( 20h00 collation spéciale et pause cigarette)
21h30	22h15	Temps libre + préparation coucher, partage, tâches du soir
22h15		Coucher de la famille
22h45		Coucher expéditeurs + fermeture des lumières
22h50		Coucher vieux-membres
22h55		Coucher du chef

PROGRAMMATION: DIMANCHE		
8h30	9h30	Lever progressif, réveil des expéditeurs et du chef)
9h30	9h55	V.B. chambre, hygiène, déjeuner
9h55	10h00	En ligne, et distribution des tâches
10h00	10h30	Ménage
10h30	10h40	Pause cigarette
10h40	10h45	Préparation de la réunion du matin
10h45	11h45	Réunion du matin
11h45	11h55	Pause cigarette (10 minutes)
11h55	12h00	En ligne
12h00	12h45	Brunch
12h45	13h00	Ménage
13h00	13h45	Préparation au parloir + film
13h45	14h45	Parloir (Pause cigarette à 14h00 et 14h30)
14h45	15h30	Temps libre
15h30	16h30	Groupe de confrontation des feuilles d'engagement
16h30	16h40	Pause cigarette (10 minutes)
16h40	16h55	Temps libre
16h55	17h00	En ligne, distribution des tâches
17h00	17h30	Souper + partage
17h30	18h00	Ménage
18h00	18h15	Pause cigarette (10 minutes)
18h15	19h00	Réunion du soir
19h00	19h15	Pause cigarette (10 minutes)
19h15	20h15	Activité, sportive
20h15	21h15	Douches
21h15	21h40	Collation
21h40	21h55	Tâche du soir + cigarette (10 minutes)
21h55	22h00	Préparation au coucher
22h00	22h30	Coucher de la famille + retour des expéditeurs + chef
22h30		Coucher des expéditeurs + fermeture des lumières
22h45		Coucher vieux membre
22h55		Coucher du chef

<b>SPÉCIFICATIONS DE L'HORAIRE</b>	
<b>LUNDI</b>	
16 h 30 - 17 h 00 =	Confrontation des retours de sorties
19 h 00 - 19 h 40 =	Piscine/groupe
<b>MARDI</b>	
16 h 30 - 17 h 00 =	Requête au mérite
18 h 15 - 19 h 30 =	Activité toxicomanie
<b>MERCREDI</b>	
16 h 30 - 17 h 00 =	Réunion maison/ annonce à la famille
19 h 00 - 20 h 00 =	Gymnase (sport)
<b>JEUDI</b>	
16 h 30 - 17 h 00 =	Confrontation du contenu de sortie/mi-journée ou douches
18 h 00 - 20 h 00 =	Partage ou film thérapeutiques
<b> VENDREDI</b>	
16 h 30 - 17 h 00 =	Préparation à la soirée de parents
19 h 00 - 19 h 40 =	Soirée parents/piscine
<b>SAMEDI</b>	
13 h 00 - 14 h 00 =	Gymnase
19 h 30 - 21 h 30 =	Cinéma
<b>DIMANCHE</b>	
15 h 30 - 16 h 30 =	Groupe de confrontation des feuilles d'engagement
19 h 00 à 20 h 00 =	Activité, créativité, séminaire

PROGRAMMATION: LUNDI AU VENDREDI		
6h45	7h00	Lever chef, lever expéditeur, V.B., chambre, hygiène
7h00	7h30	Lever de la famille, V.B. chambre, hygiène déjeuner
7h30	7h40	Cigarette pause (7h45 = fin du déjeuner)
7h40	7h50	Préparation de la réunion du matin, ménage (initiative)
7h50	8h25	Réunion du matin
8h25	8h35	Cigarette pause
8h35	8h40	Préparation au scolaire
8h40	8h45	Déplacement scolaire + pause cigarette 10 minutes
8h45	10h05	Scolaire
10h05	10h25	Déplacement + pause cigarette (10 minutes)
10h25	10h30	Déplacement scolaire
10h30	11h50	Scolaire
11h50	11h55	Déplacement vers l'unité
11h55	12h05	Pause cigarette (10 minutes)
12h05	12h10	En ligne, distribution de tâches
12h10	12h40	Dîner (partage + prendre soin)
12h40	12h55	Ménage
12h55	13h05	Pause cigarette (10 minutes)
13h05	13h10	Préparation au scolaire
13h10	13h15	Déplacement scolaire
13h15	14h35	Scolaire
14h35	15h00	Déplacement + pause cigarette (10 minutes)
15h00	16h15	Scolaire
16h15	16h30	Déplacement + pause cigarette (10 minutes)
16h30	17h00	Groupe/mi-journée/Possibilité d'ensemble à trois
17h00	17h05	En ligne
17h05	17h35	Souper + partage + prendre soin
17h35	18h00	Ménage + préparation à l'activité + cigarette (10 minutes)
18h00	18h45	Réunion du soir
18h45	19h00	Pause cigarette (10 minutes) + Préparation à l'activité
19h00	20h00	Activité de groupe ou sportive
20h00	20h15	Retour à l'unité
20h15	21h15	Douche, partage (respect ds engagements) possibilité d'ens.à 3 ou d'étude
21h15	21h45	Collation + ménage de fin de soirée
21h45	21h55	Dernière pause cigarette
21h55	22h00	Préparation au coucher
22h00	22h30	Coucher de la famille (N.M., M.R.) retour expéditeur chef
	22h30	Coucher des expéditeurs et fermeture des lumières
22h45		Coucher vieux membres (Coucher chef 22h55)

*Annexe 4*

Formulaire de consentement nous autorisant à joindre les participants à l'intérieur d'une  
période de 5 ans



### **Autorisation**

Dans l'éventualité où une cinquième collecte de données serait financée, environ 5 ans après la collecte de données actuelle, j'autorise les membres de l'équipe de recherche à me contacter pour une entrevue de suivi dans le cadre de la recherche visant à évaluer l'efficacité des communautés thérapeutiques en centre jeunesse : Le Dôme et La Croisée.

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*Annexe 5*  
Formulaire de consentement



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### Projet de mémoire

«Points de vue de jeunes sur leur passage dans une unité spécialisée en toxicomanie en centre jeunesse»

**Étudiante :** Catherine Arseneault, étudiante à la maîtrise, Département de psychoéducation, UQTR

**Directrices :** Natacha Brunelle, Département de psychoéducation, UQTR  
Chantal Plourde, Département de psychoéducation, UQTR

L'objectif de ce mémoire est d'obtenir le point de vue de jeunes sur leur passage dans une unité thérapeutique en centre jeunesse. Plus particulièrement, je devrai m'exprimer sur ce qui m'a amené à fréquenter cette ressource, sur les différents aspects de mon passage au sein de celle-ci et sur les événements de vie survenus dans ma trajectoire depuis ma sortie. Je devrai donc répondre à des questions qui portent notamment sur ma consommation de drogues, sur mes délits, sur mes relations interpersonnelles, particulièrement celles avec ma famille, sur mon état psychologique et sur l'ensemble des services dont j'ai bénéficiés. Les objectifs, les procédures et les implications de ma participation m'ont été clairement expliqués par l'étudiante que j'ai rencontrée.

Ma participation est volontaire et **je peux me retirer à tout moment de la recherche** sans préjudice et sans devoir justifier ma décision. Des mesures concrètes seront prises pour préserver mon **anonymat** et la **confidentialité de mes propos** : mon entrevue sera enregistrée et ensuite transcrite en préservant mon anonymat et celui de toutes les personnes ou organismes que je pourrais citer (utilisation de noms fictifs), le matériel de recherche sera conservé sous clé et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à ce matériel pour la durée de la recherche. Les enregistrements seront détruits une fois que le mémoire de maîtrise sera accepté. L'accès aux résultats sera possible via la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières et la Bibliothèque nationale.

Je comprends que cette entrevue concerne des aspects parfois très personnels et intimes de ma vie, ce qui peut me faire vivre un malaise quelconque. Je pourrai alors obtenir une référence à une ressource d'aide en cas de besoin.

Mon implication dans ce projet contribuera à aider les intervenants à agir de façon encore plus efficace auprès de jeunes qui pourraient vivre une situation semblable à la mienne et de mieux comprendre comment j'ai vécu mon expérience.

J'accepte de rencontrer l'étudiante dans le cadre d'une entrevue d'une durée approximative d'une heure. Je recevrai une compensation pour ma participation prenant la forme d'un certificat-cadeau d'une valeur de 10\$. J'accepte également que l'étudiante me contacte à nouveau suite à l'entrevue dans le cas où elle aurait besoin de précisions et/ou de valider sa compréhension de notre entretien. Il est possible qu'une deuxième rencontre soit nécessaire.

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à cette démarche et en comprendre le but, la nature, les avantages et des inconvénients.

Je consens librement à prendre part à l'entrevue. Je consens également à ce que mes propos soient enregistrés. Je sais que je peux me retirer en tout temps de l'étude sans préjudice.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

\_\_\_\_\_  
Signature de l'intervieweur

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

\_\_\_\_\_  
Signature d'une directrice de la recherche

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

### **Merci de votre participation !**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-07-121-07.06 a été émis le 21 mars 2007.

Autorisation du Centre jeunesse de Québec obtenu le 06 novembre 2006, via un courriel de monsieur Gilles Mireault, responsable de la recherche, Centre jeunesse de Québec, Institut universitaire.

Si je désire obtenir des renseignements additionnels ou formuler des commentaires, je peux contacter les directrices de mémoire de l'étudiante : Chantal Plourde au 1-800-365-0922 poste 4059 ou Natacha Brunelle au 1-800-365-0922 poste 4012.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Fabiola Gagnon, par téléphone (819) 376-5011, poste 2136 ou par courrier électronique [fabiola.gagnon@uqtr.ca](mailto:fabiola.gagnon@uqtr.ca).

*Annexe 6*

Liste des ressources d'aide disponibles dans la région de Québec

**Si tu ressens le besoin d'avoir de l'aide ou  
de parler après l'entrevue, nous t'invitons  
à contacter  
les ressources suivantes :**

***Pour problèmes de drogues***

- Centre Jean Lapointe : 523-1218
- Drogues aide et références : 1 (800) 265-2626

**Lignes téléphoniques d'écoute :**

- Jeunesse j'écoute : 1 (800) 668- 6868
- Tel-jeunes : 1 (800) 263-2266
- Suicide : 1 (866) 277-3553

**Maison des jeunes et travailleurs de rue :**

- Maison des jeunes Louvre-Boîte du Cartier : 523-1530
- Maison des jeunes Place de la Rive : 682-5270
- Maison des jeunes St-Baptiste : 641-1665
- Maison des jeunes Neufchatel : 845-1388

**Tel-Aide**

**1-877-700-2433**



*Annexe 7*  
Guide d'entretien

## **Guide d'entretien** (version finale)

### **RAPPEL**

#### Mon rôle :

- Pas une éducatrice
- Pas une employée du CJ
- Étudiante qui s'intéresse à son vécu dans l'une de ces unités

#### Ce que j'attends de lui :

- Son propre point de vue
- Pas ce qu'il croit que je veux entendre
- Pas de bonnes ou mauvaises réponses
- Le plus honnêtement possible

#### Confidentialité / anonymat

- Les résultats seront constitués des propos qui reviennent le plus souvent, qui concernent plusieurs jeunes.
- D'aucune façon on identifiera quel jeune a dit quoi.
- Résultats présentés toujours selon les normes de confidentialité et son anonymat sera préservé.

## 1. Ce qui a mené le jeune à être admis au Dôme ou La Croisée pour une thérapie.

« J'aimerais que tu me dises, dans tes propres mots, ce que tu crois responsable de ton entrée au Dôme ou à La Croisée. »

*Thèmes à aborder si le jeune ne le fait pas spontanément :*

- *Justice;*
- *Parents;*
- *Volontariat.*

« J'aimerais que tu me décrives ce que tu as vécu quand tu as appris que tu devais aller en thérapie. »

*Thèmes à aborder si le jeune ne le fait pas spontanément :*

- *Stratégie, plan;*
- *Idée qu'il se faisait de la thérapie;*
- *Ce qu'il en connaissait;*
- *Peurs, craintes ou motivations, selon le cas;*
- *Réactions de la famille et des amis.*

## 2. Comment s'est déroulée la thérapie du jeune

«J'aimerais que tu me racontes comment s'est passée ta thérapie au Dôme ou La Croisée à partir du moment où tu y es entré jusqu'à ta sortie»

*Thèmes à aborder si le jeune ne le fait pas spontanément :*

- *réactions face aux règles du programme (consommation, sortie, etc.);*
- *comment il vivait les différents statuts et rapports d'autorité;*
- *la place de l'école dans le traitement;*
- *ce qu'il a aimé le plus/le moins;*
- *ce qui l'a aidé le plus/le moins;*
- *ses principaux apprentissages;*
- *consommation durant la thérapie.*

« La thérapie du Dôme/La Croisée est principalement basée sur la vie de groupe. J'aimerais que tu me racontes un évènement qui est survenu dans le groupe au cours de ta thérapie qui t'a le plus aidé.»

*Thèmes à aborder si le jeune ne le fait pas spontanément :*

- *Contexte;*
- *Personnes impliquées;*
- *Actions posées;*
- *Réactions du jeune;*
- *Ce qui est le plus important / significatif pour le jeune dans cet évènement..*

J'aimerais que tu situes, sur une échelle de 0 à 10, ton niveau d'implication au cours de la thérapie. (L'imager sur une feuille : 0 = pas du tout impliqué, 10= impliqué à 100%.)

*Thèmes à aborder si le jeune ne le fait pas spontanément :*

- *Est-ce que ça a été comme ça tout au long;*
- *Plusieurs ont dit jouer une game, se conformer, etc.;*
- *As-tu l'impression que les autres se sont réellement impliqués.*

« J'aimerais que tu me décrives ta relation avec les intervenants. »

*Thèmes à aborder si le jeune ne le fait pas spontanément face aux relations avec les intervenants:*

- *ce qu'il aimait/ n'aimait pas des attitudes des intervenants*
- *ce qui l'aidait/ ne l'aidait pas*
- *si sa vision des intervenants a changé depuis sa sortie*
- *la rotation du personnel, tpo, disponibilité*



« J'aimerais que tu traces le portrait de l'évolution de ta consommation de ton entrée en thérapie jusqu'à aujourd'hui. »

*Thèmes à aborder si le jeune ne le fait pas spontanément :*

- *Substances, fréquence;*
- *diminution / augmentation / arrêt / raisons.*

« J'aimerais que tu me décrives ce qui t'a motivé à aller jusqu'au bout, ce qui t'aidait dans tes moments de découragement. »

### 3. La situation du jeune depuis sa sortie

« J'aimerais que tu me racontes ce qui t'est arrivé depuis ta sortie du centre en tentant de parler les différentes sphères de ta vie.

*Thèmes à aborder si le jeune ne le fait pas spontanément :*

- consommation;
- occupation;
- relations familiales;
- amis;
- délinquance;
- etc.

« Comment a évolué le support que ta famille t'a apporté avant, pendant et après ta thérapie au Dôme ou à La Croisée? »

*Thèmes à aborder si le jeune ne le fait pas spontanément :*

- Pourquoi est-ce que ça a changé / n'a pas changé;
- C'est quoi pour toi un bon support familial
- Comment il explique le résultat obtenu.

« Comment a évolué le support que tes amis t'ont apporté avant, pendant et après ta thérapie au Dôme ou à La Croisée? »

*Thèmes à aborder si le jeune ne le fait pas spontanément :*

- Pourquoi est-ce que ça a changé / n'a pas changé;
- C'est quoi pour toi un bon support en amitié.

#### 4. Apports de l'ensemble des services reçus, au Dôme ou La Croisée ou d'une autre ressource au cours de sa vie

«J'aimerais que tu me décrives, si tel est le cas, les impacts que ta thérapie au Dôme ou La Croisée a eu sur ta vie, les répercussions que tu peux maintenant constater.»

*Thèmes à aborder si le jeune ne le fait pas spontanément :*

- *à quoi il attribue les changements dans sa consommation.*
- *consommation;*
- *relations parentales, amicales et amoureuses;*
- *occupations (études, travail);*
- *santé;*
- *délinquance.*

«Peux-tu me parler des modalités de suivi (Centre jeunesse et autres) dont tu as bénéficiées depuis ta sortie?»

*Thèmes à aborder si le jeune ne le fait pas spontanément :*

- *ce qu'il a reçu vs ce qu'il aurait aimé recevoir comme services;*
- *ce qui l'a aidé ou non;*
- *ce qui est efficace ou non;*

«J'aimerais que tu me parles des différentes ressources que tu as fréquentées en lien avec ta consommation de drogues et ta délinquance au cours de ta vie.»

*Thèmes à aborder si le jeune ne le fait pas spontanément :*

- *la plus/la moins aidante et pourquoi;*
- *ce qu'il a appris ou retiré de chacune d'elles;*
- *Psychologue, travailleur social, scolaire, thérapies, etc.*

«J'aimerais que tu me décrives ce que serait la thérapie idéale, en centre jeunesse, pour aider les jeunes qui ont un problème de consommation.»

*Thèmes à aborder si le jeune ne le fait pas de façon spontanée :*

- *approches, techniques;*
- *philosophie;*
- *activités;*
- *structure.*

« Si tu avais un enfant qui avait un problème de consommation, est-ce que tu lui recommanderais une thérapie semblable à celle du Dôme ou de La Croisée? Pourquoi? »

*Annexe 8*  
Fiche signalétique

# participant : \_\_\_\_\_

## Fiche signalétique

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Maison : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Occupation : travail ( ) école ( ) autre ( ) : \_\_\_\_\_  
Précisez : \_\_\_\_\_

Dernière année de scolarité complétée : \_\_\_\_\_

Père d'un enfant(s) : \_\_\_\_\_ Si oui, combien : \_\_\_\_\_

Lieu d'habitation : \_\_\_\_\_

Autre(s) traitement depuis ta sortie : oui ( ) non ( ) : \_\_\_\_\_

Depuis ta sortie, as-tu fait l'objet d'autres mesures sociales ou judiciaires en vertu :  
de la LSJPA : \_\_\_\_\_  
de la LPJ : \_\_\_\_\_  
du code criminel adulte : \_\_\_\_\_

Es-tu présentement en attente d'un procès, d'une sentence : \_\_\_\_\_

Consommation actuelle :

Substance : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

Substance : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

Substance : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

Substance : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

Contacté le : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de l'entrevue : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Heure du début : \_\_\_\_\_

Lieu de l'entrevue : \_\_\_\_\_

Heure de la fin : \_\_\_\_\_

Commentaires généraux sur la tenue de l'entrevue : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Annexe 9*

Réponse du Centre jeunesse concernant les considérations éthiques

X-Envelope-From: Gilles\_Mireault@ssss.gouv.qc.ca  
 X-Envelope-To: <natacha.brunelle@uqtr.ca>  
 Subject: RE Prise 2  
 To: Natacha Brunelle <natacha.brunelle@uqtr.ca>  
 Cc: Sonia\_Brown@ssss.gouv.qc.ca  
 X-Mailer: Lotus Notes Release 6.5.4 March 27, 2005  
 From: Gilles\_Mireault@ssss.gouv.qc.ca  
 Date: Mon, 6 Nov 2006 15:54:38 -0500  
 X-MIMETrack: Serialize by Router on TC00TECPRO00009/Serveurs/SSSS(Release  
 6.5.4FP1|June  
 19, 2005) at 2006-11-06 15:54:45  
 X-Virus-Scanned: by Relais secondaire RTSS at ssss.gouv.qc.ca  
 X-MIME-Autoconverted: from quoted-printable to 8bit by cavro.uqtr.ca id kA6KtZZe009895

Bonjour Mme Brunelle,

J'ai effectivement reçu votre courriel concernant le projet de recherche de votre étudiante.

J'attendais l'avis du CÉR auquel j'ai soumis votre courriel lors de sa rencontre du 20 octobre dernier.

Le CÉR considère que vous avez obtenu l'accord des jeunes à être contacté au moment de la première recherche.

De plus, comme ils sont majeurs et ne sont plus sous la responsabilité du Centre jeunesse, vous n'avez donc pas à faire une nouvelle demande au CÉR du Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire pour procéder.

Veuillez agréer, madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Gilles Mireault, M.Ps., M.Sc.  
 Evaluation et recherche

Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire  
 Téléphone: (418) 661-6951 poste 1713  
 Télécopieur: (418) 661 5079  
 Courriel: [gilles\\_mireault@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gilles_mireault@ssss.gouv.qc.ca)

*Annexe 10*

Certificat éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières





Université du Québec à Trois-Rivières

## CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

### RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

**Titre du projet :** Points de vue de jeunes sur leur passage dans une unité spécialisée en toxicomanie au centre jeunesse

**Chercheur :** Catherine Arseneault, Étudiante à la maîtrise

**Département :** Département de psychoéducation

**Organisme :** Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

### PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : **1 avril 2007**

Date de fin : **31 décembre 2008**

### COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

### SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.



GILLES BRONCHTI  
Président du comité



FABIOLA GAGNON  
Secrétaire du comité

Date d'émission : 21 mars 2007

N° du certificat : CER-07-121-07.06

DECSR



Université du Québec à Trois-Rivières

## CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

### RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

**Titre du projet :** Points de vue de jeunes sur leur passage dans une unité spécialisée en toxicomanie au centre jeunesse

**Chercheur :** Catherine Arseneault, Étudiante à la maîtrise

**Département :** Département de psychoéducation

**Organisme :** Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

### PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 23 janvier 2009

Date de fin : 30 juin 2009

### COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

### SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

MARIE-PAULE DESAULNIERS  
Présidente du comité

MARTINE Y. TREMBLAY  
Secrétaire du comité

**Date d'émission :** 23 janvier 2009

**N° du certificat :** CER-07-121-07.06

DECSR

*Annexe 11*  
Grille de codification

**Grille de codification****1. Placement (Dôme ou La Croisée)**

- 1.1 Raison du placement
- 1.2 Sentiments, réaction face au placement
- 1.3 Ce qu'il connaissait du Dôme/La Croisée, ce qu'il en savait
- 1.4 Stratégie, plan, ce qu'il avait en tête
- 1.5 Réaction parents
- 1.6 Réactions amis
- 1.7 Conséquences

**2. Thérapie**

- 2.1 But, objectif
- 2.2 Atteinte des buts
- 2.3 Règlements, Autorité
- 2.4 École
- 2.5 Évènements marquants
- 2.6 Ce qu'il a aimé / ce qui l'a aidé (éléments positifs)
- 2.7 Ce qu'il n'a pas aimé / ce qui ne l'a pas aidé (éléments négatifs)
- 2.8 Représentations de ce qu'est une thérapie
- 2.9 Représentation Dôme/La Croisée
- 2.10 Sentiments
- 2.11 Apprentissages
- 2.12 Impact, répercussions

**3. Évènement et processus de groupe****4. Implication / Motivation**

- 4.1 Évolution
- 4.2 Ce qui a eu de l'impact, l'a amené à s'impliquer
- 4.3 Jouer une game (mensonges, inventer, se conformer)
- 4.4 Représentation

**5. Intervenants / éducateurs**

- 5.1 Sentiments
- 5.2 Représentations

**6. Modalités de suivi**

- 6.1 Ce qu'il a eu
- 6.2 Besoin

**7. Famille**

- 7.1 Relation / soutien avant la thérapie au Dôme/La Croisée
- 7.2 Relation / soutien pendant la thérapie au Dôme/La Croisée
- 7.3 Relation / soutien après la thérapie au Dôme/La Croisée
- 7.4 Sentiments
- 7.5 Perception d'un bon soutien familial
- 7.6 Comment ils expliquent les résultats obtenus (soutien diminué T1 vs T4)

**8. Amis / Relation amoureuse**

- 8.1 Relation / soutien avant la thérapie au Dôme/La Croisée
- 8.2 Relation / soutien pendant la thérapie au Dôme/La Croisée
- 8.3 Relation / soutien après la thérapie au Dôme/La Croisée

**9. Placements antérieurs (CJ ou autre ressource mais antérieur à la thérapie)****10. Autre ressource d'aide** (intervenants, psychologue, toxicomanie, etc.)

- 10.1 Celle qui l'a aidé le plus
- 10.2 Celle qui l'a aidé le moins
- 10.3 Impact, répercussions

**11. Consommation**

- 11.1 Avant le traitement
- 11.2 Pendant le traitement
- 11.3 Après le traitement
- 11.4 Conséquences
- 11.5 Type de consommateur (comment le jeune se perçoit)
- 11.6 Perceptions par rapport aux drogues et/ou aux consommateurs
- 11.7 Sentiments
- 11.8 Éléments explicatifs de sa consommation/diminution/arrêt
  - 11.8.1 Avant la thérapie au Dôme/La Croisée
  - 11.8.2 Pendant la thérapie au Dôme/La Croisée
  - 11.8.3 Après la thérapie au Dôme/La Croisée

**12 Délinquance**

- 12.1 Avant le traitement
- 12.2 Pendant le traitement
- 12.3 Après le traitement
- 12.4 Conséquences
- 12.5 Sentiments
- 12.6 Éléments explicatifs de sa délinquance/diminution/arrêt
  - 12.6.1 Avant la thérapie au Dôme/La Croisée
  - 12.6.2 Pendant la thérapie au Dôme/La Croisée
  - 12.6.3 Après la thérapie au Dôme/La Croisée

**13 Ce qui se passe depuis sa sortie**

- 13.1 Milieu de vie
- 13.2 École / travail

**14 Thérapie idéale en centre jeunesse****15 Est-ce qu'il enverrait son enfant au Dôme / La Croisée****16 Conseil à un ami****17 Autre**